

33
FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1929

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Paul, Marie LIEUTAUD

Né le 7 Octobre 1896 à Arles-sur-Rhône (Bouches-du-Rhône)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

LES

PÉRICYSTITES PHLEGMONEUSES

Travail de la Clinique des maladies des voies urinaires de l'Hôpital Necker

Président : M. LEGUEU, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR DELAVIGNE, 2

1929

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médicale chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	VILLARET.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale.	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TIESSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN . . . Pathologie médicale.
 BINET . . . Physiologie.
 BLANCHETIÈRE . . . Chimie biologique.
 BROCC . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHIRAY . . . } Pathologie médicale.
 CLERC . . . }
 DEBRÉ . . . Hygiène.
 DOGNON . . . Physique.
 DONZELOT . . . Pathologie médicale.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FIESSINGER . . . Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale.
 GATELLIER . . . Pathologie chirurgicale.
 HARVIER . . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUTINEL . . . Pathologie médicale
 JOYEUX . . . Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LARDENNOIS. Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE . . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX . . . Anatomie pathologique
 LEVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . . . Pathologie mentale.
 LIAN . . . Pathologie médicale.
 MATHIEU . . . Pathologie chirurgicale.
 MERCIER (Ferdinand) . . . Pharmacologie.
 METZGER . . . Obstétrique.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale
 MOURE . . . Pathologie chirurgicale
 MULON . . . Histologie.
 OBERLING . . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PHILIBERT . . . Bactériologie
 QUENU . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils . . . Physiologie
 SÉZARY . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RA-DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.
 VELTER . . . Ophthalmologie.
 VERNE . . . Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET . . . Pharmacologie.
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.
 LEQUEUX . . . Obstétrique

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 REFTERER . . . Histologie.
 ZIMMERN . . . Physique.

IV. — AGREGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE . . .	} Clinique chirurgicale.	LERI	Clinique médicale.
AUVRAY . . .		MOCQUOT . . .	} Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . .		PROUST . . .	
LAIGNEL-LAVASTINE . .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . . .	
LE LORIER . .	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Education physique.
WEILL-HALLÉ	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA GRAND' MÈRE

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FÉLIX LEGUEU

Professeur de Clinique Urologique
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

A MON AMI ALBERT COUTEAUD

A MES AMIS

LES DOCTEURS : ANDRÉ BLONDEAU, MARC BRETON,
JEAN HUMBERT, RÉGIS MICHEL-BÉCHET, LOUIS
SÉBILEAU, ANDRÉ THÉVENARD.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ BARBÉ
Médecin-aliéniste des Hôpitaux

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat

1921. — Monsieur le Professeur GUILLAIN.
1922. — Monsieur le Docteur SAINTON.

Internat provisoire

1923. — Monsieur le Docteur BAUMGARTNER.
1924. — Monsieur le Docteur CHEVRIER.
Monsieur le Docteur CATHALA.

Internat

1925. — Monsieur le Professeur LEGUEU.
Monsieur le Docteur VEAU.
1926. — Monsieur le Professeur LEJARS.
1927. — Monsieur le Docteur TOUPET.
1928. — Monsieur le Docteur LAPOINTE.

Messieurs les Docteurs : SOUQUES, PAGNIEZ, SÉZARY,
LÉCHELLE, médecins des Hôpitaux ;
BROCQ, DESPLAS, FEY, chirurgiens des Hôpitaux ;
SCHULMANN,

INTRODUCTION

Après la distinction faite par Guyon parmi les inflammations périvésicales en péricystites proprement dites et en abcès antérieurs situés dans la cavité prévésicale, les travaux anatomiques de Charpy sur l'espace décrit par Retzius, l'assimilation de l'infiltration d'urine de la loge périnéale supérieure à un phlegmon gangréneux (Escat), le rapport minutieux d'Aversenq sur l'ensemble des péricystites, l'article de Legueu et Rochet sur les cellulites pelviennes post-opératoires, il semblait que la question des péricystites suppurées fût bien prête d'être épuisée. Cependant, le Pr Legueu est revenu dernièrement sur ce sujet, mettant en valeur certains points laissés encore dans l'ombre : l'origine fréquemment uréthrale de ces péricystites, leur aspect clinique jusqu'à présent à peine ébauché, les avantages thérapeutiques de la sérothérapie dans les formes diffuses. C'est à la faveur de ces notions nouvelles et sur l'instigation de notre maître que nous avons décidé de reprendre pour notre thèse l'étude des grandes suppurations périvésicales.

OBSERVATIONS

1. Péricystites à point de départ vésical

Obs. 1 (CIVIALE).

Infiltration d'urine de la loge supérieure par perforation d'un volumineux diverticule vésical.

Homme de 38 ans, atteint depuis l'enfance de besoins très fréquents d'uriner avec difficulté à les satisfaire. On l'appelait dans son pays « pisse trois gouttes ». Arrive en rétention. Après plusieurs tentatives de sondage on finit par lui enlever deux litres et demi d'urine bourbeuse, fétide, rougeâtre. La mort ne tarde pas.

Autopsie : Vessie : adhérente en avant aux organes voisins; derrière elle, se trouve une poche volumineuse qui aurait pu contenir deux litres de liquide; elle communique avec la vessie par un orifice de la grosseur du doigt situé près du col, entouré de fibres charnues très développées. Sur les côtés, à droite et à gauche, deux autres poches du volume d'un œuf, qui communiquent avec la vessie par un orifice admettant un tuyau de plume; leur paroi, d'un millimètre d'épaisseur est formée par le péritoine, quelques fibres de la musculuse et de la muqueuse.

En outre, la poche postérieure avait deux larges perforations qui ouvraient sur l'espace sous-péritonéal où se trouvait épanché jusqu'à l'angle sacro-vertébral un mélange de pus, d'urine et de sang.

Obs. 2 (CRITZMANN).

Péricystite phlegmoneuse d'origine lithiasique.

Malade cachectique, émacié, entrant à l'hôpital pour incontinence d'urine, se plaint de douleurs horribles au niveau des régions lombaires et pelviennes, de brûlures au niveau de l'urètre. Ces douleurs surviennent par crises plusieurs fois dans la journée et se terminent par l'expulsion de deux ou trois petits amas purulents.

Rien au palper abdominal ni au toucher rectal ; vessie non douloureuse, incontinence absolue ; urines purulentes abondantes.

Température élevée à type rémittent avec frissons, exacerbation vespérale. Lésions tuberculeuses du poumon. On pense à une cystite tuberculeuse avec pyélonéphrite consécutive.

Autopsie : Bacillose pulmonaire.

Reins : lésions de pyélonéphrite.

Vessie : toute la cavité du petit bassin est transformée en une vaste nappe purulente. La vessie est pleine de pus, sa muqueuse est épaissie ; magnifique calcul rural de 40 grammes.

Obs. 3 (HUARD).

Abcès sus-rétro vésical chez un malade atteint de cystite bacillaire et ayant déterminé une péritonite aiguë par perforation du Douglas.

Homme de 50 ans, entre à l'hôpital pour péritonite aiguë. Il est soigné pour phénomènes de cystite attribués par son médecin à une bacilliose rénale.

Laparotomie médiane sous-ombilicale; liquide bleuâtre dans le péritoine (qu'on attribuera ultérieurement au fait que le malade ingérait du bleu de méthylène), d'odeur urineuse, fausses membranes. On cherche la cause de cette péritonite aiguë et on finit par trouver au fond du petit bassin une masse semi-fluctuante que l'on croit être la vessie et qui présente une perforation d'un diamètre d'une pièce de 50 centimes; on aveugle cette perforation; drainage de la cavité péritonéale par un Mickulicz. Mort au deuxième jour.

Autopsie : Elle montre que la poche prise pour la vessie est en réalité un abcès sus-rétro-vésical qui ne communique pas avec l'organe. Cette vessie présente des lésions manifestement bacillaires avec une réaction de péri-cystite scléro-adipeuse insignifiante.

Prostate : indemne. Tuberculose ulcéro-caséuse bilatérale des reins.

II. Péricystites à point de départ urétral

Obs. 4 (CIVIALE).

Phlegmon périvésical chez un rétréci.

Homme de 40 ans, porteur d'un rétrécissement de l'urètre. Traitement mal supporté par des sondes à demeure. Apparition de douleurs à la région hypogastrique avec tuméfaction progressive ne diminuant pas

par le cathétérisme. Incision de la tuméfaction amenant l'issue d'une énorme quantité de pus ; l'abcès entoure la vessie.

Guérison après plusieurs semaines de suppuration.

Obs. 5 (GUYON, in Thèse Second).

Phlegmon périvésical d'origine urétrale, propagé à l'espace de Retzius et à l'étage inférieur du périnée.

Malade de 42 ans entrant avec un rétrécissement urétral serré. *Nombreux essais infructueux et sanglants de cathétérisme*, puis, ayant réussi à introduire une filiforme, M. Guyon fait une *urétrotomie interne*. Deux jours après cette intervention, apparition de cystite et de fièvre ; puis, dix jours après, de phénomènes généraux graves : température élevée, vomissements avec ballonnement du ventre et douleur diffuse dans le flanc gauche. Au niveau de la région hypogastrique se constitue une tuméfaction qui se prolonge sous les fausses côtes gauches. A ce niveau, zone fluctuante que l'on incise. On évacue 500 grammes de pus ; la collection communique avec la fosse iliaque gauche. Etat général de plus en plus atteint.

Abcès périnéal. Mort.

Autopsie : Reins : 0.

Muqueuse vésicale et urétrale sans solution de continuité.

Prostatite suppurée. La prostate est entièrement détruite et le pus a disséqué l'urètre membraneux. De ce foyer part un volumineux abcès qui d'une part, contourne la vessie à droite et, ayant effondré le fascia trans-

versalis, remonte en avant jusqu'aux insertions costales du transverse, d'autre part, traverse en arrière le plancher périnéal pour apparaître au périnée.

Obs. 6 (LABBÉ, in *Thèse Seconde*).

Phlegmon périvésical et périnéal d'origine urétrale.

Homme de 34 ans, porteur d'un rétrécissement serré de l'urètre avec fistule périnéale.

Urétrotomie interne.

Accidents fébriles graves à la suite de l'opération. Quelques jours après, apparition d'une collection purulente et d'un abcès de la région inguinale droite. Incision de cet abcès qui plonge dans le petit bassin et gagne en arrière la région prostatique et le périnée.

Obs. 7 (SOLMON).

Phlegmon périvésical chez un rétréci porteur d'un abcès prostatique.

Homme de 42 ans, entre à Lariboisière le 11 juillet 1871. Nombreuses blennorragies, difficultés croissantes pour uriner. Fistule périnéale quatre mois avant l'entrée à l'hôpital ; presque toute l'urine passe par là ; dans l'intervalle des mictions la fistule donne continuellement du pus. Dilatation progressive, sonde à demeure. La fistule se ferme ; rétention de pus ; réouverture au bistouri, érysipèle. Mort.

Autopsie : au niveau de l'urèthre, zone cicatricielle à deux centimètres de la portion membraneuse et de suite, en arrière d'elle, l'orifice interne de la fistule ; de

chaque côté du vérumontanum, deux fistules assez larges pour y introduire une sonde de trois millimètres de diamètre et conduisant dans la loge prostatique. Lorsqu'on ouvre cette loge, on ne trouve plus trace de prostate ; quelques tractus fibreux allant d'une paroi à l'autre et cloisonnant incomplètement la loge sont tout ce qui reste de la glande.

En arrière et en haut se trouve une seconde poche beaucoup plus vaste que la précédente et formée en avant par la paroi postérieure de la vessie, en arrière et en haut par le péritoine, en arrière et en bas par l'aponévrose prostato-péritonéale. Les deux poches communiquent largement ensemble.

Obs. 8 (PAYENNEVILLE).

Infiltration d'urine d'origine urétrale et à point de départ pré-vésical chez un malade porteur de calculs prostatiques.

Malade entré à l'hôpital pour accidents de rétention avec fièvre et tuméfaction de la région sus-pubienne. Sondages antérieurs difficiles. Le cathétérisme permet de sentir dans la région prostatique une sensation de frottement. Température 38°5, pouls rapide, langue sèche, facies altéré.

Le diagnostic de péricystite d'origine indéterminée est porté. On met une sonde à demeure qui ne fait pas baisser la température. Le lendemain large incision médiane sus-pubienne qui ne donne pas de pus, mais un écoulement de liquide louche et montre des tissus lardacés et œdématiés tout à fait analogues à ceux que

l'on trouve dans l'infiltration d'urine. Malgré cette intervention, mort au troisième jour.

Autopsie : vaste décollement pré et latéro-vésical avec un peu de pus mélangé à un liquide sanieux.

Pas d'infection péri-prostatique, mais au niveau de l'urètre prostatique on trouve une vingtaine de petits calculs prostatiques de la grosseur d'un grain de millet en train de s'énucléer et de passer dans l'urètre ; *nombreuses éraillures de celui-ci causées par le sondage.*

Obs. 9 (ESCAT).

Phlegmon péri-vésical d'origine urétrale propagé dans l'espace de Retzius.

Un homme de 35 ans, atteint de rétrécissement blennorragique de l'urètre, se plaint de douleurs abdominales et présente un état général infectieux grave. Vessie distendue, mais au-dessus d'elle on constate une voussure semi-lunaire convexe en bas, sur une hauteur de 10 centimètres environ, allant en largeur du bord d'un muscle droit à l'autre : un phlegmon sous-ombilical est diagnostiqué.

Urétrotomie interne. Incision du phlegmon : une grande quantité de pus est évacuée ; mais en arrière de cette collection située dans la partie supérieure de l'espace de Retzius, plan ferme, tendu, avec une perforation à peu près centrale, circulaire, de 2 centimètres de largeur. Le doigt effondre cette cloison et pénètre dans un foyer situé entre le sacrum et la vessie. Drainage. 40 jours après le malade sort guéri.

Obs. 10 (VERLIAC et HENRI FRUCHAUD).

Péricystite phlegmoneuse diffuse d'origine urétrale ; péri-urétrite phlegmoneuse diffuse.

X..., n° 1, salle Velpeau, 57 ans, rentre le 23 avril 1920 avec la symptomatologie d'un rétréci et d'un infecté.

Rétréci, il l'est doublement, d'abord et dans son urètre balanique à la suite d'un chancre qui a oblitéré le méat urétral et ouvert en arrière une fistule ; ensuite dans son urètre spongieux. Ce dernier rétrécissement est consécutif à une blennorragie remontant à trois ans ; on y passe seulement une fine bougie n° 9.

Infecté : il l'est comme le montrent la persistance d'un écoulement urétral, des urines très troubles, et fétides, un urètre parsemé de nodosités roulant sous le doigt, et dont l'une, suppurée, s'est ouverte à la racine de la verge, une température à 38° et un mauvais état général.

Ce malade est dilaté. Bientôt on lui met une petite sonde n° 12 à demeure, quand le 1^{er} mai, il va présenter les symptômes caractérisant un début d'infiltration d'urines, de périurétrite.

Ce sont une brusque élévation de température à 39°, l'apparition d'une tuméfaction douloureuse à droite et en avant de l'anüs et qui en 24 heures envahit tout le périnée.

Cette tuméfaction est incisée largement ; on tombe sur un foyer de pus mal lié, fétide, qui est drainé. Et pourtant, après l'intervention, aucune amélioration.

Progressivement l'état général s'aggrave, la température persiste à 39° avec oscillations, le teint est terreux,

subictérique, la langue sèche, le pouls de plus en plus petit et rapide et le malade meurt le 10 mai.

L'autopsie explique cette évolution :

Il y avait bien sans doute un foyer de périurétrite avec perforation de l'urètre bulbaire en arrière de ce long rétrécissement fibreux, mais ce foyer périméatal était largement incisé.

Il y avait surtout une large cellulite pelvienne, entourant la vessie et la prostate. Vue d'avant en arrière, elle s'étend en couches purulentes sur la face antérieure de la vessie, sans gagner la cavité de Retzius et l'hypogastre, arrêtée qu'elle est par l'aponévrose ombilico-prévésicale. Tandis que, sur la face postérieure de la vessie c'est une infiltration sphacelée et hémorragique qui décolle le péritoine et s'étend en hauteur du sommet de la vessie au bec de la prostate. En largeur, elle s'étend d'un bord à l'autre de la vessie et à gauche remonte dans la fosse iliaque le long de l'uretère. Cette infiltration paraît consécutive à la perforation de la loge prostatique suppurée, ouverte en avant dans l'urètre prostatique sphacelé, à droite du veru-montanum, en arrière dans le tissu cellulaire rétroprostatique. Il y a de plus de la pelvi-péritonite avec épanchement semi-purulent sans adhérence.

Pas de lésions viscérales importantes.

Obs. II (VERLIAC et CHARRIER).

Po légéram diffus de l'espace pétri-rectal supérieur, d'origine urétrale.

N.... 72 ans. entre salle Velpeau pour rétrécissement

de l'urètre et infection urinaire. Ce malade avait déjà été soigné dans le service pour rétrécissement très serré de l'urètre, suite de blennorragie éloignée, il aurait subi une série de dilatations.

A son entrée, il présentait tous les signes d'un rétrécissement serré, ayant provoqué une infection urineuse à son dernier stade. L'état général est très atteint : langue sèche, soif vive, pas de fièvre. On note un état nauséux très intense que l'on mit sur le compte de l'urémie.

L'examen de l'urètre décèle un rétrécissement bulbaire qui admettait une filiforme, une sonde n° 12 ensuite. Aucun symptôme local d'infection périnéale.

L'état du malade s'aggrava rapidement et il mourut en moins de 48 heures après son entrée.

Autopsie : Reins : Parenchyme atrophié avec grosse dilatation des canaux. Vessie : Epaissie, à colonnes, avec plaques de sphacèle autour de l'orifice urétéral droit et du col vésical. Prostate : normale.

L'urètre présente des lésions du plus haut intérêt : si la partie antérieure est saine, par contre la partie bulbaire est le siège d'un rétrécissement long de plusieurs millimètres et peu serré. En amont du rétrécissement se trouve une zone d'urétrite sphacélique et pseudo-membraneuse occupant tout l'urètre membraneux et prostatique. Le maximum des lésions est au-dessus du bec prostatique. Au-dessous et à droite du véru, à 5 millimètres environ de l'orifice de l'utricule, on remarque un pertuis qui admet une sonde urétrale n° 12 et qui oblique en haut, à droite et en arrière conduit,

sans traverser la prostate, dans un vaste abcès sphacélique rétro-prostatique limité en bas par l'aponévrose moyenne, en arrière par le rectum, en avant par la prostate. De l'abcès part une zone d'infiltration purulente qui occupe l'espace pelvi-rectal supérieur et entoure le rectum avec maximum dans le flanc droit. Cette infiltration s'étend jusque sous le péritoine péri-rectal et gagne en hauteur la terminaison du méso-sigmoïde. On remarque derrière le rectum de nombreux ganglions inflammatoires.

Obs. 12 (LEPOUTRE).

Phlegmon gangréneux rétro-prostatique et rétro-vésical ; péri-urétrite phlegmoneuse diffuse ; rétrécissement de l'urètre balanique.

Un homme de 60 ans, moribond, se plaint de douleurs intenses dans la partie inférieure de l'abdomen ; n'urine pas. Ventre tendu et douloureux, testicule droit gros ; périnée et verge de coloration violacée, distendus par un épanchement : fièvre.

Autopsie : Péritonite aiguë sans cause abdominale ; mais, dans le Douglas, entre la vessie et le rectum, orifice donnant accès dans une cavité anfractueuse se prolongeant profondément vers le périnée.

Vessie renfermant du liquide purulent, lésions de cystite intense ; parois épaisses, trois cellules vésicales remplies de pus.

Urètre rempli de liquide purulent avec muqueuse rouge, sans induration ni effraction, mais, au niveau du méat, cancroïde ayant amené un rétrécissement serré.

Abcès de la prostate.

Autour de l'urètre, phlegmon urinaire gangreneux de l'étage inférieur du périnée.

Il s'agit d'un phlegmon gangreneux rétro-prostatique et rétro-vésical ayant envahi et détruit les vésicules séminales et les ampoules du déférent, limité en arrière par l'aponévrose de Denonvilliers, en haut par le péritoine qui a été perforé, en bas séparé absolument de l'étage inférieur par l'aponévrose moyenne du périnée.

Intégrité apparente des voies urinaires supérieures.

Obs. 13. (CHUTE).

Péricystite phlegmoneuse diffuse d'origine urétrale.

Un homme de 49 ans, porteur de rétrécissement blennorragique, fait un abcès péri-urétral que l'on incise ; on met avec peine à ce moment une sonde vésicale. Quatre ou cinq jours après, élévation de température. Chute des urines, apparition de violentes douleurs sus-pubiennes et rétention complète.

Formation d'une tuméfaction hypogastrique que l'on prend pour la vessie distendue, mais la tuméfaction ne diminue pas après le sondage qui ramène des urines claires. Elle s'étend dans la fosse iliaque droite sous une peau œdématisée, infiltrée par les gaz.

Incision sus-pubienne et de la fosse iliaque droite amenant un abondant écoulement de pus. Cystostomie. Deux drains sont placés, l'un dans la cavité iliaque, l'autre dans la cavité hypogastrique qui communiquent ensemble. Amélioration, mais la suppuration se prolonge et les drains étant laissés en place durant un mois, le

malade meurt d'une hémorragie attribuée à l'ulcération de l'artère iliaque externe. Pas d'autopsie.

Obs. 14. (CHUTE).

Péricystite phlegmoneuse diffuse d'origine urétrale.

Un malade de 51 ans, porteur d'un rétrécissement serré, arrive en rétention aiguë. Passage difficile d'une filiforme ; étant données les difficultés du cathétérisme, *urétrotomie interne* à la suite de laquelle on passe une sonde dans la vessie. Le malade est abandonné à lui-même ; au bout de huit jours, il perd sa sonde ; *des essais infructueux de sondage* sont pratiqués par d'autres médecins. Le malade revient au vingtième jour avec de la fièvre survenue à la suite de ces cathétérismes. Température 102° Fahrenheit.

Sondage facile, ramenant des urines troubles, mais ne faisant pas disparaître une tuméfaction sus-pubienne prise tout d'abord pour de la distension vésicale ; sensation de crépitation au niveau de cette tuméfaction. Au périnée, collection s'étendant d'un ischion à l'autre. Incision hypogastrique : évacuation de deux poches purulentes situées de part et d'autre dans la vessie.

Incision périnéale à droite de la ligne médiane ; drainage sus-pubien et périnéal ; sonde à demeure.

Amélioration lente, guérison en quatre mois.

Obs. 15. (CHUTE).

Péricystite phlegmoneuse d'origine urétrale ; rôle évident d'une fausse route.

Un homme de 60 ans, porteur d'un rétrécissement,

arrive en rétention complète avec distension. Rien à la prostate. On passe une filiforme ; puis quatre jours après *urétrotomie externe* et mise en place d'une sonde vésicale. Mais on s'aperçoit le lendemain que la sonde n'a rien donné et que les urines coulent dans la plaie périnéale ; celle-ci étant drainée, on injecte dans le drain du liquide pour la laver, mais le liquide ne ressort pas et cette manœuvre s'accompagne de violentes douleurs dans le bas ventre. Apparition de fièvre élevée avec pouls rapide et d'une tuméfaction sus-pubienne.

Incision hypogastrique : toute l'atmosphère celluleuse péri-vésicale est infiltrée de liquide sanglant. Cystostomie ; mais on ne trouve pas dans la vessie la sonde qu'on croyait y avoir mise et qui en réalité a été poussée dans le tissu péri-vésical. On songe alors à faire un toucher rectal qui montre une collection rétro-vésicale. Incision périnéale : drains multiples passant par le périnée et l'hypogastre.

Guérison en deux mois.

Obs. 16. (CHUTE).

Péricystite phlegmoneuse d'origine urétrale chez un rétréci porteur d'une fausse route.

A la suite de celle-ci, fièvre 101° Farh. Pouls : 100, vomissements. Tuméfaction abdominale simulant une vessie distendue et collection périnéale avec plaques gangréneuses cutanées.

Incision périnéale et sus-pubienne montrant un phlegmon gangréneux gazeux absolument caractéristique. La

vessie est complètement disséquée. Cystostomie. Drainage périnéal et hypogastrique.

Guérison en trois mois et persistance d'une fistule périnéale.

Obs. 17. (LEGUEU).

Phlegmon périvésical d'origine urétrale, propagé à l'espace de Retzius.

Un homme de 34 ans, souffre depuis quelques semaines du bas ventre. Il a constaté la présence d'une induration en plaque dont la palpation le fait souffrir.

Ancienne blennorragie. Rétrécissement très serré de l'urètre. Mais la vessie ne se vide pas ou plutôt il persiste à l'hypogastre une tuméfaction qui imite le globe de la vessie distendue.

Peau normale : mais on sentait au-dessous de la paroi comme un gâteau formé d'infiltration et d'inflammation qui en bas se perdait au-dessous et en arrière du pubis, à droite et à gauche dépassant de deux ou trois travers de doigts le rebord externe des muscles droits et en haut se terminant par une ligne convexe en haut à deux centimètres au-dessous de l'ombilic.

Température : 36° 6. Langue sèche.

Urétrotomie interne. Le malade ne va pas mieux.

Une incision hypogastrique conduit à travers des tissus indurés et infiltrés où il n'est plus possible de reconnaître les couches musculaires ou aponévrotiques de la loge périvésicale. Dès qu'on a ouvert le feuillet postérieur de la gaine des droits ou le tissu qui le remplace, quelques gouttes de pus s'échappent. Le doigt in-

troduit dans l'ouverture agrandie trouve une toute petite cavité en arrière du muscle droit et à droite ; mais, sur la paroi postéro-inférieure de cette petite cavité, une perforation qui admet l'index conduit dans une énorme cavité d'où s'échappent deux à trois cents grammes de pus. Il y avait donc un abcès en bouton de chemise qui était en voie de progression vers la peau. La cavité était développée au-dessus et en arrière de la vessie.

Obs. 18 (LEGUEU).

Phlegmon diffus péri-vésical chez un rétréci porteur d'un abcès prostatique.

Homme de 58 ans, amené d'urgence à la clinique de Necker le 31 octobre 1912 au soir vers 3 heures pour rétention d'urine qui date du matin.

Une sonde bougie n° 15 passe et évacue 300 grammes d'urine trouble. Il présente une petite induration au périnée, correspondant à la racine des bourses. Etat général peu atteint. A six heures, c'est-à-dire en trois heures de temps, son état est le suivant : la verge est énorme, très œdématiée ainsi que le prépuce. La tuméfaction s'est étendue au pubis et dans les aines, elle est rougeâtre, dure, peu douloureuse. Les bourses sont œdématiées et du volume d'une tête de fœtus à terme. Quant à la tuméfaction périnéale, elle n'a pas varié de volume. Elle reste de la grosseur d'une noix, très dure ; elle paraît entourer l'urètre comme d'un anneau. De chaque côté de l'anus, même œdème rougeâtre qu'aux bourses. L'état général est maintenant très altéré : pouls à 130 ; température : 39°2.

A sept heures du soir, incision périnéale qui ramène du liquide puriforme. Contre-incision dans les régions inguinales, où on ne trouve que de la sérosité. Drainage bilatéral. Lavage à l'eau oxygénée, sérum glucosé.

Les jours suivants, la température baisse à 37°3, à 37°8 le soir, la plaie se déterge très bien, le malade urine par son périnée. Mais l'état général ne s'améliore pas ; il s'aggrave au contraire progressivement à mesure que l'état local s'améliore.

Le malade meurt le 11 novembre.

Autopsie : A côté d'un léger degré de périnéphrite et d'épaississement des uretères, on constate les particularités suivantes ;

1° Un rétrécissement urétral assez serré avec urètre décollé par la collection périnéale.

2° Une prostatite suppurée, toute la prostate est détruite, mais l'urètre est intact ; c'est un abcès de formation antérieure à l'infiltration périnéale.

3° Un phlegmon diffus péri-vésical, toute la vessie est envahie par une zone d'infiltration séreuse ou séro-purulente qui envahit le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Sur une coupe antéro-postérieure, on découvre au-dessus des vésicules séminales intactes, une grosse masse qui à la coupe était au début nettement œdémateuse et remonte jusqu'au haut de la vessie où elle fait une boule énorme relevant sensiblement le cul-de-sac péritonéal dans les régions ombilicales. A droite et à gauche de la vessie une coupe faite dans le tissu cellulaire péri-vésical très épaissi nous montre la même infiltration œdémateuse : le liquide d'infiltration est plu-

tôt puriforme dans ces zones qui voient la prostate que vers le sommet où il n'y a que de la sérosité. Mais nulle part je ne trouve une collection nette, précise, enkystée. Ce n'est pas une prostatite suppurée qui s'est propagée ici ou là, c'est un processus plus diffus, plus généralisé, et dont on voit nettement la marche de bas en haut du foyer prostatique d'où elle vient juste vers le sommet ; le tissu cellulaire péri-vésical n'a été respecté qu'en avant ; le fascia ombilico-pré-vésical est appliqué à la face antérieure de la vessie, sans qu'on voie à ce niveau l'œdème qui existe partout ailleurs sur les côtés et en arrière de la vessie.

Partout ailleurs l'infiltration est généralisée et quand on sait ce qu'est la péri-urétrite gangréneuse du périnée avec son liquide d'infiltration dans ce premier stade, avec son liquide puriforme dans les zones péri-urétrales d'où l'inflammation est partie, on retrouve tous les stades d'évolution.

C'est une péri-cystite totale, séreuse ou séro-purulente à la fois, la sérosité est infiltrée dans les mailles du tissu cellulaire. C'est le phlegmon diffus péri-vésical, c'est l'infiltration d'urine de la loge supérieure.

Obs. 19 (LEGUEU).

Péri-cystite phlegmoneuse diffuse avec infection colibacillaire et streptococcique, avec rétrécissement de l'urètre. Mort.

Le 7 décembre 1927, au matin, entré à la clinique de Necker un malade, L. A..., 32 ans, dans des conditions particulièrement graves, avec un facies plombé, une langue sèche ; il restait un peu étranger aux questions

qu'on lui posait et paraissait frappé d'une grande infection ; température à 40° ; pouls filant et rapide à 130.

C'était un habitué de la consultation externe ; en 1925, puis en 1926, il avait été traité à la Terrasse pour des rétrécissements serrés et étendus de l'urètre. Le 3 décembre, il venait à nouveau à la consultation pour une rétention d'urine avec écoulement urétral et douleurs périnéales violentes. Nous l'avions déjà trouvé assez fatigué et nous lui avions demandé d'entrer ; il s'y refusait pour l'instant, mais trois jours après, il était admis d'urgence dans l'état que nous venons de dire.

A l'examen, j'étais frappé par un certain ballonnement du ventre avec légère contracture musculaire sous-ombilicale ; la pression de la région hypogastrique est douloureuse à droite et à gauche, il n'y a cependant pas de distension vésicale, à peine un peu d'œdème de la paroi.

Au scrotum, il ne présente rien, mais en arrière du transverse il a, à gauche et à droite de l'anus, une infiltration nette qui présente à ce niveau une teinte bronzée assez accentuée. La pression est douloureuse et laisse sentir à la fois de l'œdème et une crépitation gazeuse dans la profondeur. Le toucher rectal ne montre rien de particulier : du côté de la prostate, il y a simplement quelque sensibilité assez vive qui force le malade à se défendre un peu.

Je porte le diagnostic de péri-cystite phlegmoneuse diffuse d'origine uréthro-prostatique avec infiltration autour du rectum et je demande à mon chef de clinique, M. Flandrin, d'opérer immédiatement ce malade sous mes yeux.

Intervention : Sous-anesthésie générale, on fait une incision sous-ombilicale assez étendue ; il n'y a rien dans la paroi musculaire, ni dans la cavité de Retzius ; le fascia ombilico-vésical est ouvert et une grande quantité de pus grisâtre, fétide, avec gaz en abondance, s'échappe : de chaque côté de la ligne médiane, on voit de larges décollements sous les flancs. Le doigt s'enfonce sur les faces latérales de la vessie, à droite et à gauche, jusqu'au niveau du plancher musculaire de la loge périnéale supérieure.

Alors le malade est mis dans la position péritonéale et on incise la fosse ischio-rectale gauche, pleine du même pus fétide et gazeux, puis par l'incision sus-pubienne on introduit vers l'incision ischio-rectale un gros drain, qui est attiré avec une pince ; la même opération se fait à droite. Et, avant de reporter le malade dans son lit, on fait dans la plaie une injection de 30 cc. d'un mélange de trois sérums : anti-œdémateux, anti-gangreneux et anti-perfringens.

Suites opératoires : A la suite de cette opération, le malade semble amélioré, la température tombait à 37°, mais le pouls était rapide et l'état général faible.

L'examen bactériologique décelait des streptocoques et des coli-bacilles, mais pas d'anaérobies. Avant de connaître ce résultat, on fit sous la peau une injection sous-cutanée de sérum anti-gangreneux, on le répéta les jours suivants, on fit des injections de même sérum dans la plaie, et on ajoute des injections de sérum glucosé sous-cutané isotonique.

Sous l'influence de cette médication il semble que le

malade allait s'améliorant, sans cependant nous donner à aucun moment pleine satisfaction.

Le 14 décembre, dans la nuit, il mourait subitement d'hémorragie.

L'autopsie pratiquée par Verliac a donné les résultats que voici : la cavité qui contenait le drain est fermée en arrière par le péritoine et par l'épiploon ; il n'y a pas de péritonite. Du côté droit, la poche séreuse remonte sous le péritoine, le long de l'uretère ; du côté gauche, une énorme tumeur sous-péritonéale monte en arrière de l'uretère et du rein. La cavité est remplie de caillots. Mais il est impossible de déterminer l'origine de cette hémorragie et de savoir si elle a été produite par l'ulcération d'un vaisseau, par la suppuration ou par le drain.

Il n'y a rien aux uretères qui sont normaux. La vessie ne présente également aucune lésion. L'urètre périnéal est un peu dilaté, de même que l'utricule prostatique ; mais dans cette région, on ne trouve aucune lésion appréciable. Les vésicules sont dilatées mais non suppurées.

En résumé, il n'y a pas de lésion dans la prostate et dans les vésicules séminales, et le point de départ de cette grande infection a été une infiltration urétrale antérieure qui, de là, a remonté par le tissu cellulaire sous-péritonéal.

Obs. 20 (LEGUEU).

Péri-cystite phlegmoneuse diffuse avec abcès urineux consécutif à des fausses routes. Guérison.

B. C..., 34 ans, entre salle Velpeau, n° 17, en avril 1924. A la suite d'une blennorragie à 25 ans, il pré-

sente à 28 ans un rétrécissement avec gêne à la miction, jet en vrille, gouttes retardataires.

En avril 1924, il va consulter un médecin qui le dilate à la sonde ; on lui fait une fausse route, il a une hémorragie grave.

Le 18 mai 1924, il vient à la consultation en rétention complète, il a les plus grandes difficultés à uriner, ne parvient à émettre que quelques gouttes ; on lui passe une sonde, on évacue la vessie.

Le 19 mai 1924, il revient à l'hôpital, il a une tuméfaction douloureuse de la région pénoscrotale ; la miction est très gênée ; on le reçoit à la salle Velpeau, lit n° 17.

Le 20 mai 1924, incision d'un abcès urinaire scrotal, drainage. A la suite, le malade urine facilement ; mais dans la nuit du 20 au 21, la dysurie recommence et il sent son abdomen augmenter de volume dans la région sous-ombilicale.

Le 21 mai, on sent l'abdomen distendu au-dessus du pubis, on pense qu'il y a un peu de distension vésicale, on fait un sondage avec une sonde n° 18, on laisse la sonde à demeure qui n'évacue qu'une trentaine de grammes et ne supprime pas la douleur diffuse dans le bas-ventre.

Le 22 mai, la température s'est élevée à 39°5 ; on trouve une tuméfaction de toute la région sous-ombilicale, tuméfaction mal limitée, douloureuse à la pression et étendue également des deux côtés de la ligne médiane. Il est incontestable que le malade fait une complication infectieuse péri-vésicale.

Le 23 mai, la tuméfaction a augmenté notablement en surface, surtout du côté droit où il existe un empâtement des parties profondes avec une très légère infiltration œdémateuse des tissus sous-cutanés ; l'état général est nettement plus mauvais, le pouls est petit, la température est à 39° le matin, la langue est sale, sèche.

Le toucher rectal ne donne rien, la prostate n'est pas augmentée de volume ; il y a simplement une sensibilité vive dans toute cette région, avec une sensation d'œdème qui s'étend jusque du côté des vésicules séminales. Je porte le diagnostic de péri-cystite phlegmoneuse diffuse et préconise une opération immédiate.

Le jour même, l'opération est faite par mon interne Lieutaud. Incision sous-ombilicale médiane de quatre travers de doigts, les tissus sont infiltrés : on incise la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles, l'aponévrose musculaire. Il y a un peu d'infiltration de la loge de Retzius, mais il faut effondrer l'aponévrose péri-vésicale pour voir s'écouler un quart de litre environ de liquide fortement urinaire et fétide. On décolle les fausses membranes à droite et à gauche ; il y a un énorme décollement des deux côtés de la vessie. On verse 60 cc. de sérum anti-gangreneux dans la plaie. On met deux drains à droite et à gauche. Il ne semble pas pour le moment que le débridement soit nécessaire vers la région inférieure ; on laisse une sonde à demeure.

Dans la journée, il y a une hémorragie assez importante, qui se fait par le drain ; elle s'arrête au bout de quelques heures.

A l'examen, les microbes donnèrent en culture : streptocoque et staphylocoques ; pas d'anaérobies.

Suites opératoires. : Deux jours après le malade présente une grosse amélioration de l'état général, la fièvre tombe, le facies est bien meilleur, la plaie est en bonne voie de guérison, la suppuration est presque éteinte ; les urines sont normales.

Le 28 mai, il a une orchite à droite ; la vessie s'est fistulisée spontanément par la plaie hypogastrique, les urines vésicales sortent en partie par là ; l'état général est maintenant favorable. Le 5 juin, la plaie hypogastrique se referme, on peut enlever la sonde. Le 12 juin, l'urine ne coule plus par la fistule, la plaie suppure un peu. Avec un bon état général, le malade sort et devra se faire dilater pour son rétrécissement.

Obs. 21 (LEGUEU).

Péri-cystite phlegmoneuse diffuse à la suite d'un rétrécissement traumatique pour fracture du bassin.

D. L..., 45 ans, entre à la Clinique en janvier 1926.

Au mois de février 1923, le malade est renversé et écrasé par une voiture sur la chaussée. Il est immédiatement transporté dans le coma à l'hôpital de Chartres, où on diagnostique une fracture du bassin.

Son état s'améliore peu à peu et il reste alité pendant trois mois, immobilisé, sans appareil plâtré. Pendant cette période, on lui fait une incision fessière gauche, vraisemblablement pour vider un abcès ou un hématome.

Aussitôt après l'accident, hématurie abondante, qui persiste pendant un mois, puis disparaît.

En même temps, dès le début, rétention complète. On met une sonde à demeure pendant dix jours, après quoi les mictions redeviennent possibles.

Après les trois mois, il sort de l'hôpital de Chartres, il marche difficilement et peut reprendre son travail, mais il garde des troubles de la miction : dysurie, jet faible, mictions fréquentes (3 ou 4 fois la nuit). En même temps, légère douleur à la miction. Ces symptômes augmentent ; quatre ou cinq mois après l'accident, apparaît de l'incontinence d'urine diurne et surtout nocturne.

Pendant ce temps, il n'y a aucun traitement.

Vers le début de janvier 1926 apparaissent des douleurs hypogastriques violentes, en même temps que température à 39°, état général altéré et grosse tuméfaction de toute la région hypogastrique.

A son entrée à l'hôpital, état général très mauvais : on constate une grosse tuméfaction de toute la paroi abdominale remontant à l'ombilic, avec apparence phlegmoneuse, les bourses sont intactes. Rien à la prostate.

Intervention immédiate : incision médiane sus-pubienne et de grandes incisions latérales.

Ecoulement d'une grande quantité de pus fétide. La collection descend en bas jusque derrière le pubis et s'étend également latéralement. La vessie n'est pas ouverte. Drainage.

A l'examen : les cultures donnèrent du staphylocoque et du coli bacille, sans anaérobie.

Suites opératoires : la température tombe aussitôt. Amélioration rapide de l'état général, et cicatrisation complète des incisions.

Etat actuel : bon état général, urines légèrement troubles. Mictions faciles avec une capacité vésicale (200 c. c.). Canal rétréci dans la partie postérieure admettant un explorateur n° 13 avec urètre dur et irrégulier.

Léger suintement urétral, prostate non augmentée de volume, mais donnant au massage une certaine quantité de liquide purulent.

L'incontinence d'urine persiste comme auparavant. La radiographie montre une disjonction de la symphyse avec un écart de deux centimètres.

Urétroscopie : tout l'urètre est envahi par l'infiltration dure. Pas de corps étranger visible. Col normal, mais on ne voit pas de contraction.

Le malade sort le 13 février 1926.

Obs. 22 (LEGUEU).

Péri-cystite phlegmoneuse diffuse d'origine urétrale trouvée à l'autopsie d'un malade mort d'infection.

F. M..., 72 ans, a eu à 30 ans une blennorrhagie ayant laissé un rétrécissement qu'on aurait dilaté, présente depuis quatre ans de la dysurie et de la pollakiurie ; entre le 20 mai salle Velpeau, après que des essais infructueux de sondage ont réalisé une *fausse route*. A l'entrée, on porte le diagnostic d'adénome de volume moyen, chez un rétréci porteur d'une *fausse route*.

Résidu 135 cc. ; Az. 0,67 — K. 0,088.

Peu après l'entrée se montre de l'ictère avec décolo-

ration des matières qui cède après trois injections intra-veineuses de 1 gramme d'uriformine.

Le 1^{er} juin, le malade ressent une douleur au niveau de l'hypogastre, à ce niveau, la pression est douloureuse. Le ventre est tendu dans la région sous-ombilicale avec sonorité exagérée à la percussion. Le faciès est vultueux, la langue très sèche, cornée.

La température qui était inférieure à 37°, commence à s'élever. Les jours suivants, elle monte progressivement pour atteindre 39°,5 le 6. Le 3 juin, vomissements.

Le 4 juin Az. 1 gr. 47 ; pouls : 144 ; température 38°,5 ; le soir oligurie, langue très sèche. Torpeur marquée. Abdomen météorisé, douleur à la pression, généralisée, mais peu marquée au-dessous de l'ombilic. Selles diarrhéiques involontaires. Vomissements à deux reprises. Quatre crises de hoquet durant chacune une heure environ. Gros râles dans les poumons.

Mort le 6 à 17 h. 30.

A l'autopsie : Une infiltration diffuse par du liquide trouble envahit tout le tissu cellulaire sous-péritonéal de la vessie, du petit bassin, de la partie inférieure de la paroi abdominale antérieure, de la fosse iliaque gauche où le psoas aussi est envahi.

Les reins sont petits avec d'assez nombreux kystes du volume d'un pois à une cerise. Les uretères sont normaux. La vessie est grande, ses parois paraissent normales. La prostate présente à gauche un adénome du volume d'une noisette. Les vésicules sont dilatées, ne contiennent pas du pus. *L'urètre est déchiré dans la région membraneuse*, le reste paraissant normal.

III. Péricystites à point de départ prostatique

Obs. 23 (GUYON, in *Thèse Second*).

Phlegmon pelvien d'origine prostatique.

Chez un homme de 46 ans abcès de la prostate ouvert d'une part dans l'urètre, d'autre part ayant envahi tout le petit bassin d'où il sort par la portion supérieure de la grande échancrure sciatique.

Obs. 24 (LAFORGUE, in *Thèse Second*).

Phlegmon de l'espace pelvi-rectal supérieur d'origine prostatique.

Homme de 74 ans, mort en rétention complète au milieu des phénomènes généraux graves. Diagnostic pas porté.

Autopsie : Abcès de la prostate ouvert dans l'urètre et communiquant avec un vaste foyer purulent inscrit entre la vessie et le rectum.

Obs. 25 (LOHMANN).

Phlegmon diffus périvésical probablement d'origine prostatique.

Un homme de 64 ans entre à l'hôpital avec une sensibilité douloureuse de la région abdominale inférieure. Au toucher rectal : induration et infiltration diffuse correspondant au fond de la vessie avec douleur à la pression. Urines rares, troubles. Température à 39°,6 le soir, 37°,4 le matin. Apathie.

Mort cinq jours après son admission.

Autopsie : Rien dans la cavité péritonéale.

Vessie : lésions de cystite, parois hypertrophiées. Au niveau du fond, entre les orifices urétéraux perforation s'ouvrant dans une cavité purulente de volume d'un poing d'enfant.

Infiltration purulente diffuse entourant la vessie et baignant également la prostate et le rectum ; en avant le processus phlegmoneux envahit l'espace prévésical.

Prostate : à peine hypertrophiée, mais dans le voisinage foyer purulent.

Pas de rétrécissement de l'urètre.

Foyers purulents dans les reins.

Obs. 26. (DUPLAY).

Vaste phlegmon diffus périvésical et sous-péritonéal d'origine prostatique.

Un homme de 65 ans entre à l'hôpital en rétention complète datant de 48 heures ; ses difficultés pour uriner datent de 7 à 8 ans. Région hypogastrique tendue et douloureuse. Le sondage ramène 1 litre d'urines mêlées de sang. Sonde à demeure. Deux jours après l'admission, le gonflement hypogastrique occupe toute la région sous-ombilicale et s'étend aux fosses iliaques ; douleurs vives à la pression, puis au niveau de la tuméfaction, au lieu de la matité, apparition d'un bruit hydroaérique. Aggravation de l'état général. Mort au douzième jour.

Autopsie : Vaste collection occupant non seulement le petit bassin, mais remontant en arrière jusqu'au diaphragme, en décollant le péritoine sur toute l'étendue des

fosses iliaques et de la paroi abdominale postérieure. Fusée par le canal inguinal, le long du cordon spermatique.

Vessie : parois hypertrophiées, surface interne lomenteuse, en haut et à droite perforation communiquant avec la partie hypogastrique du phlegmon.

Prostate hypertrophiée avec abcès. Urètre : aucune lésion.

Obs. 27 (AVERSENQ).

Phlegmon périvésical d'origine prostatique.

Un homme de 45 ans est soigné pour troubles dysuriques accompagnés de malaise général avec insomnie et inappétence. Passé peu chargé : blennorragie à 20 ans, n'ayant laissé aucune trace apparente. Cet état dure deux mois pendant lesquels le malade vaque à ses occupations tout en restant soumis à la surveillance médicale. Un jour on examine la prostate : elle est énorme, à contours lisses bombant vers la paroi rectale. Le malade est envoyé au chirurgien pour hypertrophie prostatique précoce.

A l'examen : Matité hypogastrique remontant à l'ombilic. A la palpation, la paroi se défend et paraît rigide dans la profondeur. Au toucher rectal : tuméfaction prostatique du volume d'une grosse orange, donnant une sensation de rénitence et se confondant sur les côtés et à sa base avec la saillie vésicale.

On pense à un abcès périprostatique avec infection pelvienne profonde. L'état général s'aggrave, la gêne des mictions augmente. Urines claires.

Intervention : En présence de l'autointoxication et des

troubles mécaniques de la miction, et malgré le diagnostic ferme de collection périprostatique, on pratique d'abord une cystostomie sans ouverture locale. L'espace prévésical est normal, la paroi musculaire nettement infiltrée, mais dès l'ouverture du fascia prévésico-pelvien un flot de sérosité roussâtre fait irruption. En décollant au doigt le fascia du plan vésical et en dilacérant le tissu périvésical jusque vers la base de la vessie, de nouvelles collections s'écoulent. La paroi antérieure de la vessie une fois dénudée apparaît distendue et épaissie, Son ouverture donne issue à une urine abondante et claire. L'exploration digitale ne montre aucune hypertrophie prostatique. La vessie est drainée ainsi que l'espace prévésico-pelvien.

Après changement de gants, on procède au toucher rectal : la masse prostatique a toujours les mêmes caractères ; l'incision hypogastrique n'a pas évacué la collection périprostatique. Cependant le malade étant fatigué, on ne fait la périnéotomie que trois jours après : on évacue une grosse collection qui enveloppe toute la prostate et est cloisonnée au niveau de la base prostatovésicale. Gros drain dans la plaie.

Amélioration progressive de l'état général et des plaies mais persistance de l'épaisseur et de la rigidité de la paroi vésicale avec absence de souplesse de la paroi abdominale et insomnie.

Le malade qui commence à se lever au quinzième jour, fait du purpura et meurt le lendemain d'hémorragie vésicale.

Obs. 28 (A. BOECKEL).

Phlegmon diffus périvésical consécutif à un abcès développé dans une prostate adénomateuse.

Malade arrivé à l'hôpital en rétention aiguë avec des signes de phlegmon diffus périvésical accompagné d'infiltration de la verge et des bourses. Etat général gravement atteint.

Incisions multiples de débridement (Retzius, verge scrotum, périnée) et drainage. Cystostomie. Expression de la prostate adénomateuse abcédée.

Drainage prolongé. Suites favorables.

Dans la suite on pratiquera l'énucléation de l'adénome prostatique.

Obs. 29 (CULVER et BAKER).

Péricystite chez un prostatique.

Noir de 61 ans est hospitalisé avec le diagnostic de rétention complète avec distension par adénome prostatique ; la rétention est complète depuis 6 jours et le malade était sondé quotidiennement par son médecin.

Etat général médiocre : température : 37°3 ; pouls : 93.

A l'examen : globe vésical. Le toucher rectal montre une prostate adénomateuse simple. La cathétérisme ramène 200 grammes d'urines non purulentes ; il ne modifie pas le volume de la tuméfaction sus-pubienne.

Le lendemain, le cathétérisme devenant difficile on pratique une ponction sus-pubienne qui ramène seulement du pus épais.

Le surlendemain : incision sus-pubienne qui ouvre une cavité purulente entourant complètement la vessie.

Celle-ci est ouverte ; la paroi en est épaisse et enduite de muco-pus ; drains dans la vessie et autour d'elle.

Mort le quatrième jour après l'intervention.

Autopsie : Adénome prostatique volumineux.

La vessie baigne dans un volumineux abcès. Une fusée purulente remonte le long de l'uretère gauche et rejoint une collection périprostatique. Myosite du psoas gauche. Pyélonéphrite bilatérale avec abcès multiples dans le parenchyme rénal.

Réaction adhésive du péritoine fixant une anse intestinale du sommet de la vessie. Foyer de bronchopneumonie à gauche.

Obs. 30 (CULVER et BAKER).

Péricystite de cause méconnue, mais probablement chez un prostatique infecté.

Un noir de 70 ans entre à l'hôpital en état de rétention aiguë. Depuis 5 jours, il souffre de douleurs hypogastriques accompagnées de phénomènes de dysurie ; quand on le voit, il urine quelques gouttes toutes les 3 minutes et les douleurs s'exacerbent au moment de la miction.

Etat général touché : température : 38°5 ; pouls : 98.

On ne note aucun antécédent infectieux ni urinaire.

A l'examen, tuméfaction sus-pubienne traduisant la distension de la vessie. La palpation révèle en plus une sensation de crépitation. Le toucher rectal est négatif.

Le sondage, facile, ne ramène que quelques centimètres cubes d'urine. Pour préciser le diagnostic, on pratique une ponction sus-pubienne. Par le trocart

s'écoulent 800 grammes de pus verdâtre fétide, mélangé à des gaz. Le trocart est remplacé par une sonde qui fait office de drain et qui permettra de pratiquer des injections (solution de 1 % de mercurochrome).

A la suite de ce simple drainage, l'amélioration est très rapide et on décide de ne pas intervenir plus largement.

Au quatrième jour, la température étant redevenue normale on enlève le drain, le malade sort le huitième jour.

Ainsi aucun facteur étiologique de cette péricystite n'a pu être relevé.

L'examen de la culture de pus a montré du coli à l'état pur.

IV. Péricystites d'origine traumatique

Obs. 31 (CAUDMONT).

Infiltration supérieure d'urine par corps étranger vésical.

Un homme de 30 ans s'est introduit quatre ans auparavant un porte-plume métallique dans l'urètre et la vessie. Le corps étranger est bien supporté pendant 5 ans. Brusquement, après un long voyage à cheval, douleurs, fièvre, expulsion de l'urine par le rectum. Plusieurs tentatives de lithotritie. Mort.

Autopsie : La vessie présente quatre perforations. La première, arrondie, large comme une pièce de un franc, à bords cicatrisés, située immédiatement au-dessus du cul-de-sac vésico-rectal du péritoine, conduit dans une poche irrégulière, grosse comme un œuf de poule,

située entre la vessie, le rectum et le péritoine, et parfaitement limitée. Le fond de cette poche est ouvert dans le rectum par un orifice conique, arrondi et régulier comme le précédent.

Une deuxième perforation large d'un centimètre existe au sommet de la vessie, à quelques millimètres de l'insertion de l'ouraque. Cette perforation conduit dans une vaste cavité anfractueuse, pleine d'urine et de pus, qui coiffe pour ainsi dire la paroi antérieure de la vessie et qui remonte au-dessus du pubis entre la paroi abdominale et le péritoine hypogastrique.

Les deux autres perforations sont placées symétriquement à droite et à gauche sur les parois latérales de la vessie. Les bords sont déchiquetés et sont le siège d'une inflammation récente. Les deux perforations conduisent dans deux larges clapiers qui ont décollé au loin les parois latérales de la vessie. Beaucoup plus irréguliers, plus circonscrits, ces clapiers se continuent insensiblement avec une infiltration urinaire qui remonte jusque dans les fosses iliaques et qui occupe presque tout le tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin. Ils renferment un liquide purulent mêlé d'urine. De telle sorte que, exception faite du trigone et de la surface péritonéale de la vessie, toute la surface extérieure du réservoir urinaire est disséquée et baigne dans un liquide urinaire et purulent. Les quatre clapiers ne communiquent pas directement ensemble ; ils sont séparés les uns des autres par des débris de tissu cellulaire qui auraient vraisemblablement fini par être éliminés plus tard.

La membrane organisée qui tapisse les deux premiers clapiers et la disposition cicatricielle de leurs ouvertures montrent que les perforations qu'ils ont occasionnés sont anciennement produites. La promenade à cheval et les manœuvres de lithotritie ont probablement déplacé le porte-plume (9 centimètres) et provoqué les deux dernières ulcérations.

Obs. 32 (SEGOND).

Phlegmon périvésical consécutif à une lithotritie.

En 10 jours, un homme de 75 ans subit trois séances de lithotritie. Dix jours après la dernière séance, apparition d'une épидидymite, puis de phénomènes généraux : fièvre, anorexie, langue sèche, qui persistent et s'aggravent. Au quinzième jour, issue d'une grande quantité de pus par l'anus. A l'examen, empatement de toute la région prostatique et péri-prostatique. Mort.

Autopsie : Vessie : muqueuse vésicale épaissie, tomenteuse, injectée, avec taches ecchymotiques. A la partie postéro-latérale droite, au-dessus de la base de la prostate, vaste cavité pleine de pus limitée par des fausses membranes sanieuses. La poche est ouverte en arrière dans le rectum, en avant contourne le flanc gauche de la vessie. La loge prostatique est indemne. Prostate adénomateuse ne contenant pas de pus. Péritoine sain.

Obs. 33 (SEGOND).

Péricystite phlegmoneuse consécutive à une lithotritie.

Homme de 56 ans, mort quatre jours après une séance de lithotritie pour calculs, au milieu de phéno-

mènes généraux graves et après apparition d'une tuméfaction « chaude » dans la région inguinale droite.

Autopsie : Péritonite généralisée : Vaste clapier périprostatique et périvésical se prolongeant le long du déférent vers le canal inguinal droit et remontant contre le psoas.

Muqueuse vésicale infiltrée et injectée, mais pas de perforation. Dans l'épaisseur de la paroi, trois petits abcès communiquent avec le foyer périvésical.

Pas de pus dans la loge prostatique. Urètre sain.

Obs. 34 (HARRY CULVER et WILLIAM J. BAKER).

Péricystite consécutive à une cystostomie.

Homme de 68 ans, admis à l'hôpital pour rétention aiguë par adénome prostatique. Prostatectomie en deux temps. Après le premier temps, l'état général du malade décline ; température autour de 38° ; douleurs dans la fosse iliaque droite ; la plaie sus-pubienne paraît normale. Le toucher rectal révèle en avant contre la vessie la présence d'une collection.

Intervention : La vessie est séparée de la paroi abdominale à laquelle elle n'adhère qu'au niveau de la stomie. Issue de pus fétide. La vessie flotte véritablement dans un lac de pus. Drainage sus-pubien. Guérison en trois semaines.

Obs. 35 (CHUTE).

Péricystite phlegmoneuse diffuse consécutive à une prostatectomie sus-pubienne.

Prostatectomie sus-pubienne chez un homme de

60 ans. Quelques jours après : fièvre, oligurie, hoquet, rougeur et œdème de l'abdomen autour de la plaie. Une poche purulente s'est formée entre la vessie et la paroi abdominale. Elle est drainée. Les symptômes s'amendent, puis s'exagèrent, le pus acquiert une odeur fécaloïde et la plaie un aspect gangreneux. Une exploration plus sérieuse montre que la vessie baigne dans le pus qui descend jusqu'au plancher pelvien et remonte à gauche jusqu'à la crête iliaque et dans la fosse lombaire.

Drainages multiples passant tous par la plaie abdominale. Mort deux semaines plus tard. Pas d'autopsie.

Chute avoue qu'il aurait dû également drainer par l'espace ischio-rectal.

Obs. 36 (DUVERGEY).

Péricystite disséquante à la suite d'une prostatectomie.

Prostatectomie sus-pubienne en un temps. Huit jours après l'intervention, apparition de température qui s'élève progressivement — 39° tous les soirs — pouls rapide. Le malade, fatigué, maigrit et prend le teint d'un infecté.

A l'examen, on note un clapier en avant et à gauche de la vessie. En pesant sur un point douloureux, on fait sourdre un pus épais et crémeux. Drainage et lavage de cette cavité par la plaie sus-pubienne.

Aggravation de l'état du malade les jours suivants, la collection périvésicale se draine mal. L'exploration avec une pince courbe de la plaie hypogastrique montre que tout l'espace périvésical est décollé. L'ouver-

ture vésicale est profonde, séparée de la paroi par des espaces décollés.

En conséquence, intervention sous-anesthésie générale : deux pinces de Richelot sont introduites de chaque côté de la vessie et, poussées à fond vers le périnée, viennent pénétrer en dedans des deux branches ischio-pubiennes. On incise sur les pinces parallèlement à l'os. Drainage bilatéral périnéal avec deux gros grains.

Amélioration de l'état général les jours suivants : une sonde à demeure, soigneusement mise au point, draine parfaitement la vessie et évite le passage de l'urine par le périnée.

Guérison progressive avec fermeture rapide des plaies hypogastriques.

V. Péricystites d'origine non urinaire

Obs. 37 (CULVER et BAKER).

Péricystite de cause méconnue, mais consécutive à une grippe.

Homme de 38 ans, entre à l'hôpital de Cook Country en rétention complète aiguë remontant à 20 heures.

Cette rétention succède à une période de quelques jours pendant laquelle le malade s'est plaint d'un état grippal, avec phénomènes pulmonaires accompagnés de troubles de la miction (pollakiurie douloureuse) et de vives douleurs périnéales. Blennorragie remontant à 8 ans.

A l'examen : Globe vésical de dimension semblant correspondre à la durée de la rétention.

Température : 37°, 2. Pouls : 88.

On sonde facilement le malade (n° 18) et on ramène environ 700 cm³ d'urine clair, mais la tuméfaction sus-pubienne ne s'est pas affaïssée.

Le lendemain, nouveau sondage donnant 500 cm³ d'urine. La tuméfaction sus-pubienne ne diminue pas ; elle remonte jusqu'au tiers supérieur de la ligne ombilico-pubienne. Au toucher rectal, la prostate est petite et ferme et on a également de ce côté l'impression que la vessie est encore pleine.

C'est la présence dans les deux fosses ischio-rectales, surtout la gauche, d'une masse fluctuante douloureuse qui fait penser à une suppuration périvésicale.

Intervention immédiate : Incision sus-pubienne avec issue d'un flot de pus mélangé à des gaz fétides. La cavité purulente entoure complètement la base de la vessie et communique avec les fosses ischio-rectales à travers le diaphragme pelvien.

Drainage par le périnée des deux fosses ischio-rectales par un drain remontant à travers le releveur de chaque côté de la base de la vessie. Drainage sus-pubien. Cystostomie pour mettre la vessie au repos.

Guérison en cinq semaines.

L'examen plus complet du malade au point de vue urinaire ne montre qu'un peu de vésiculite, et, pour légitimer cette suppuration périvésicale, on se demande s'il ne s'agit pas d'une localisation à distance de l'affection pulmonaire du début.

L'examen et la culture du pus montrent du coli et du staphylocoque.

Obs. 38 (CULVER et BAKER).

Abcès rétro-vésical d'origine méconnue.

Un malade entre à l'hôpital pour phénomènes de cystite : pollakiurie diurne et nocturne, mictions pénibles, sensation de plénitude pelvienne et ténésme rectal. Température 38°. Urines claires. Prostate hypertrophiée. Les douleurs pelviennes s'accroissant on fait une cystostomie.

La cystostomie ne soulage pas le malade, alors on pense qu'on pourrait peut être faire un toucher rectal et on trouve en arrière de la vessie une collection qui paraît entièrement indépendante de la prostate.

Agrandissement de l'orifice de cystostomie et exploration de la cavité vésicale que l'on finit par crever au niveau de la base. Flot de pus. L'abcès occupe bien la face postérieure de la vessie descendant en bas jusqu'à la prostate. Le reste du tissu péri-vésical paraît intact. Drainage de la cavité par deux drains longeant chacun un côté de la vessie et aboutissant à la plaie sus-pubienne. Guérison avec séquelles de cystite.

Les auteurs ne trouvent aucune cause à cet abcès.

L'examen du pus montre du staphylocoque à l'état pur.

RAPPEL ANATOMIQUE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il importe de rappeler pour bien comprendre l'évolution des phlegmons péri-vésicaux les notions anatomiques devenues classiques depuis les travaux de Charpy et de Paul Delbet, les schémas de Farabeuf et de Cunéo.

C'est au niveau de l'atmosphère celluleuse qui double la vessie (gaine allantoïdienne de Delbet) que se développent les collections péri-vésicales. L'espace pré-vésical, assez bien isolé, est limité en haut et sur les côtés par le fascia pré-vésical ou aponévrose ombilico-pré-vésicale, sorte de lame triangulaire incurvée en arrière comme pour loger la vessie ; elle est attachée à l'ombilic par son sommet, repose par sa base semi-circulaire sur le plancher pelvien ; ses côtés obliques de haut en bas, de dedans en dehors et d'avant en arrière, sont sous-tendus par le cordon des artères ombilicales ; les angles postéro-inférieurs se perdent en arrière sur l'aponévrose de Denonvilliers qui encapuchonne les vésicules séminales et va transversalement du fond du Douglas au bord postérieur du muscle transverse du

périnée. Aponévrose ombilico-pré-vésicale en avant et latéralement, plancher pelvien en bas, aponévrose de Denonvilliers en arrière, constituent, avec le péritoine qui retombe sur la vessie et dont la ligne de réflexion vient adhérer au bord des aponévroses, les parois de la loge qui contient vessie ouraque, prostate et vésicule et séparent ces organes de l'espace de Retzius en avant, du rectum en arrière; prostate et vessie sont donc situées dans la même niche, à peine séparées sur les côtés par quelques fibres horizontales émanées de l'aponévrose du releveur et en arrière par l'adhérence de la lame de Denonvilliers au plan des vésicules séminales.

Le voisinage immédiat de la vessie et de la prostate explique la facilité avec laquelle certains abcès de la prostate, certaines péri-prostatites, bridés par la barrière résistante de Denonvilliers, évoluent vers le haut, pour donner des péri-cystites phlegmoneuses. D'autre part, les expériences d'Aversenq et la pathologie montrent que la loge vésicale est suffisamment individualisée : c'est difficilement que les injections poussées en arrière de la vessie aussi bien que les abcès effondrent l'aponévrose prostatopéritonéale pour envahir l'espace pré-rectal ou apparaître au périnée; ils tendent au contraire, à remonter naturellement le long de la paroi postéro-supérieure de la vessie et de ses faces latérales pour se placer en avant d'elle. De même en avant, liquide colorant ou pus au contact de la vessie restent en arrière du fascia pré vésical; cependant, ici, la barrière cellulaire présente deux points faibles; l'un sus-pubien

l'autre sous-ombilical, par où le pus peut envahir l'espace de Retzius (abcès en bouton de chemise, phlegmon sous-ombilicaux semi-lunaires de Heurteaux. « La péri-cystite, dit Escat, primitivement postérieure et ascendante et partant de la prostate est devenue dans une deuxième étape antérieure et descendante ».

Par contre, l'espace péri-vésical se continue sans zone de démarcation, d'une part dans le bassin avec la gaine hypogastrique dont il n'est qu'une dépendance, d'autre part avec l'espace sous-péritonéal. De ces côtés les inflammations péri-cystiques se propagent facilement et, quand elles en ont le temps, on les voit se développer le long des voies anatomiques normales : en haut, suivre l'uretère et décoller le péritoine pour remonter le long du psoas dans la fosse lombaire et même jusqu'au diaphragme (Obs. Duplay); latéralement, fuser le long du déférent ou des vaisseaux (Obs. Segond, Labbé), emprunter pour sortir du bassin la grande échancre sciatique (Obs. Guyon); pour le bas, l'association de péri-urétrite et de pelvi-cellulite parties du même foyer urétral montrent que la distinction ne peut être absolue entre les infiltrations d'urine de la loge supérieure et celles de la loge inférieure.

D'ailleurs, il ne faut pas croire que les plans anatomiques sont absolument rigides; ils ne sont capables de résister qu'à une infection de virulence atténuée, et dans les formes graves de péri-cystite, l'infection, ainsi que le fait remarquer Leguen, n'obéit pas à l'anatomie des aponévroses : elle crève en avant le fascia pré-vésical, pénètre en arrière dans la gaine rectale et envahit les

fosses ischio-rectales et le périnée, soit en empruntant la voie rétro-prostatique, soit en traversant le releveur. Toutefois les complications péritonéales restent assez rares ou ne surviennent que tardivement; toutefois deux cas (Lepoutre-Huard) se sont révélés par une péritonite aiguë par perforation du fond du Douglas.

Ce qu'il faut retenir, c'est combien le carrefour pelvien avec ses aponévroses de contention, ses espaces cellululeux à prolongements profonds, son riche réseau lymphatique et veineux est favorable aux infections.

Ordinairement, parce que le diagnostic n'est guère fait qu'au moment où les lésions ont évolué depuis longtemps, on est en présence, soit à l'intervention, soit trop souvent sur la table d'autopsie, d'un phlegmon total de l'espace pré-vésical. Tantôt, il s'agit d'une forme gangreneuse typique : infiltration œdémateuse et aspect sphacélique du tissu conjonctif, logettes contenant dans leurs lames celluluses non encore détruites un liquide séro-purulent d'odeur fétide et urineuse, présence de gaz — tantôt, dans les formes moins sévères, grands abcès collectés réalisant en certains cas un véritable lac, remplissant tout le petit bassin et dans lequel flotte la vessie. Celle-ci peut être perforée secondairement, les vésicules nécrosées s'éliminer (Noguès). Chute signale l'ouverture dans le rectum d'un abcès péri-cystique, secondaire à une cystite chronique et indépendant de tout abcès de la prostate. Legueu, Chute et Averseny rapportent chacun un cas de mort par hémorragie due à l'ulcération d'un grand vaisseau par le pus au contact

d'un drain. Il n'y a pas de tendance à l'enkystement des lésions et nous venons de voir quelles pouvaient être les expansions purulentes selon ou malgré les plans aponévrotiques.

C'est là l'étape avancée de la périecystite phlegmoneuse, malheureusement la mieux connue. Il est beaucoup plus rare de surprendre cette périecystite à la phase initiale ; mais ce que nous savons de son étiologie et de la fréquence de son point de départ dans l'urètre membraneux et dans la prostate nous fait déjà soupçonner qu'elle commence à être postérieure. C'est en effet d'abord un abcès rétro-vésical qui refoule en haut le péritoine et applique en avant la vessie contre le pubis, puis qui se développe sur les côtes de celle-ci et par dessus sa face postéro-supérieure pour s'étaler en arrière du fascia pré vésical. Dans un cas (Verliac et Charrier) l'abcès rétro-vésico-prostatique n'a pas suivi cette progression habituelle : effondrant l'aponévrose de Denonvilliers et négligeant le reste du périecyste, il envahit l'espace pelvi-rectal supérieur pour s'étendre sous le péritoine jusqu'à la terminaison du sigmoïde. Dans la très grande majorité des observations nécropsiques les lésions sont maximum derrière la vessie, dans deux cas (Culver-Huard) le phlegmon a pu être surpris à son stade rétro-vésical.

Beaucoup plus rarement, la périecystite débute par une collection pré-vésicale. Brin rapporte une observation de périecystite suppurée développée en avant de la vessie autour d'un diverticule vésical contenant deux calculs ; dans l'observation de Payenneville, l'infiltra-

tion d'urine d'origine urétrale est d'abord prévésicale. On a voulu expliquer la rareté des péricystites antérieures par le fait que la prostate est pour beaucoup dans la genèse des inflammations péri-vésicales, et parce que la lame de tissu conjonctif pré-vésical est peu abondante et serrée.

Les quelques examens bactériologiques pratiqués sur le pus ou la sérosité purulente des péricystites phlegmoneuses ont montré la présence de colibacille, de staphylocoque, de streptocoque parfois à l'état pur, plus souvent associé : streptocoque et coli, coli et staphylo, strepto et staphylo ; association qui confère une gravité particulière à l'infection ; on n'a jamais trouvé d'anaérobies ; Legueu et Fouquiau ont déjà indiqué que dans les péri-urétrites diffuses, ces germes sont inconstants ; il faut cependant tenir compte que la recherche de ces germes, d'ailleurs délicate, ne porte que sur un certain nombre de cas. De plus un certain nombre d'arguments doit faire soupçonner dans les cellulites diffuses la présence d'anaérobies : l'aspect brunâtre des taches cutanées, la constatation de gaz à l'examen du malade, le caractère des lésions anatomiques et enfin l'influence indéniable du sérum anti-gangreneux dans le traitement de ces péricystites.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Les péricystites phlegmoneuses aiguës sont relativement rares. Au moment où il publiait son observation de 1913 le Pr Legueu pensait que la péricystite diffuse, de symptômes souvent incertains, devait être la façon de mourir d'un grand nombre de vieux urinaires. Mais on ne trouve à partir de cette date à la Clinique de Necker que sept ou huit cas d'une telle affection et pourtant l'autopsie de tout malade décédé dans le service est systématiquement pratiquée.

Cependant, si on élargit quelque peu le cadre des péricystites plus particulièrement étudiées par le professeur Legueu et qu'à côté des formes gangreneuses proprement dites on accepte les collections péri-vésicales à tendance extensive, et à la vérité il est impossible de fixer une limite à des types ne différant entre-eux que par leur gravité, une telle inflammation apparaît plus fréquente. Nous avons eu l'impression en dépouillant nombre d'observations trop imprécises pour être rapportées, à la lecture des discussions de la Société d'Urologie, que ces cas de péricystite ne sont pas exceptionnels. Ils étaient certainement plus nombreux à

l'aube de l'urologie, où l'on voyait évoluer les infections urinaires vers un degré qu'on ne voit plus et où certaines interventions communément pratiquées et un peu délaissées aujourd'hui, étaient responsables d'une partie de ces suppurations.

Au point de vue étiologique, on peut classer les phlegmons péri-vésicaux en trois groupes :

Les phlegmons d'origine urinaire ou mieux uro-génital ;

Les phlegmons de cause traumatique ;

Les phlegmons consécutifs à l'infection d'un organe de voisinage autre que de l'appareil uro-génital, ou même à une infection générale.

*
* *

On pourrait croire que la vessie est le point de départ habituel des péri-cystites phlegmoneuses, il n'en est rien. En dehors de certaines maladies bien caractérisées : néoplasme, diverticules de la vessie, etc..., on ne les rencontre guère partant du réservoir vésical. La règle veut pourtant que les infections vésicales graves ou prolongées atteignent l'atmosphère celluleuse qui entoure la vessie ; mais, ces péri-cystites sont d'allure chronique, de type anatomique scléro-adipeux avec parfois abcès interstitiels dans cette gangue lipomateuse, mais qui restent circonscrits et n'arrivent qu'exceptionnellement à s'étendre.

L'épithélium vésical adapté à la fonction de réservoir imperméable peut rester en contact avec des matières septiques sans qu'il y ait réaction vésicale appréciable

ni retentissement sur l'organisme ; bien mieux, lorsqu'une cystite récente cesse d'être apyrétique, il faut chercher une complication dans les autres parties de l'appareil génito-urinaire, ou autour de la vessie. C'est seulement à la longue que la paroi vésicale se laisse forcer ; mais si un accident aigu éclate à cette période tardive, on se rappellera que lésions prostatiques et vésiculaires existent le plus souvent à ce moment et chercher si elles ne sont pas la cause de l'abcès péri-vésical. Malgré tout, à la faveur d'une crise de rétention, ou à la suite de la rupture dans la vessie d'un de ces petits abcès interstitiels, une poussée aiguë de haute gravité peut se greffer sur le fond de péri-cystite chronique. Critzmann et Pauchet rapportent chacun l'observation d'un volumineux abcès remplissant tout le petit bassin consécutif à une cystite lithiasique. La tuberculose de la vessie qui fait d'habitude de la lipomatose péri-vésicale est capable de déterminer une inflammation aiguë de la gaine vésicale (Obs. Huard). Ainsi la périscystite chronique peut brutalement se réchauffer. C'est plutôt par le mécanisme de la perforation que les diverticules vésicaux déterminent des infiltrations urineuses de la loge périnéale supérieure (Obs. Civiale ; cas de Pauchet cité par Aversenq (1).

(1) M. Verliac nous a montré ces jours-ci une vessie très distendue prélevée sur un prostatique mort en rétention. Cette vessie qui ne présentait absolument autour d'elle, aucune espèce de réaction inflammatoire, portant de petits diverticules dont les parois étaient réduites à l'épaisseur d'une feuille de papier, prêts à crever et qui auraient certainement déterminé si le malade avait vécu plus longtemps une infiltration de la loge périnéale supérieure.

Quant aux ulcérations simples de la vessie décrites par Le Fur, si dans leur type perforant d'emblée elles sont capables de faire un trou dans la vessie, du fait qu'elles siègent sur la face supérieure de celle-ci, c'est une péritonite qu'elles déclanchent.

A la rareté des péricystites diffuses d'origine vésicale, il faut opposer la fréquence des péricystites issues des organes voisins : prostate, vésicule, et surtout urètre.

Le rétrécissement blennorragique ou traumatique de l'urètre est particulièrement en cause (1/2 des cas totaux). C'est de la poche rétro-stricturale que part l'infection, soit par propagation lymphangitique, soit par lésion perforante de l'urètre membraneux ou prostatique dilaté (Obs. Verliac et Charrier, obs. Solmon, obs. Legueu, n° 5), soit par l'intermédiaire d'un foyer de périurétrite qui dissèque l'urètre membraneux, le détache de l'aponévrose périnéale moyenne et envahit en même temps les loges périnéales superficielle et profonde (Obs. Legueu n° 3). Cette association de périurétrite et de péricystite phlegmoneuses se rencontre plusieurs fois mais souvent les deux collections restent sans communication et c'est un abcès de la prostate qui leur sert de trait d'union (Obs. Legueu n° 1, Obs. Lepoutre, Obs. Verliac et Fruchaud).

Le rôle de la prostate est, pour certains, capital. C'est elle qui en dehors de toute périurétrite aiguë ou de toute inoculation directe (perforation instrumentale, par exemple) serait la première étape de l'infection péri-vésicale. Escat insiste sur ce point et dit n'avoir jamais

vu de cellulite pelvienne qui ne soit consécutive à une lésion prostatique ; on sait du reste le rôle du rétrécissement de l'urètre dans la genèse des abcès de la prostate. Pour le Prof. Legueu, l'intermédiaire prostatique est loin d'être nécessaire : dans son obs. n° 2, l'infection partie manifestement de l'urètre antérieur a sauté l'étape prostatique pour déterminer une infiltration d'urine de la loge supérieure.

Bien entendu les abcès prostatiques et les prostatites d'autre origine qu'urétrale, peuvent se compliquer de péri-cystite phlegmoneuse. (Obs. Aversenq, Lohmann, Duplay) parfois c'est après s'être ouverte dans le rectum que la périprostatite détermine une péricystite diffuse ; enfin (obs. Boeckel) l'abcès de la prostate se propageant à la fois vers le haut et vers le bas, à travers l'aponévrose moyenne a pu être l'origine d'un phlegmon périurétral et périvésical.

Ce qu'il faut souligner en tous cas, c'est le rôle très important que joue le traumatisme dans le développement des phénomènes infectieux au cours de ces rétrécissements et de ces prostatites. Nombre de péricystites phlegmoneuses se déclarent à la suite d'essais pénibles de cathétérisme, d'une fausse route, de la présence d'une sonde à demeure. Nous verrons qu'il y a là une notion de thérapeutique préventive à retenir.

*
* *

Les traumatismes qui se compliquent d'infection péri-vésicale grave sont d'ordre accidentel ou opératoire.

L'infiltration d'urine de la loge périnéale supérieure peut-être causée par un projectile ou une contusion abdominale ayant déterminé un éclatement de la vessie; mais surtout par la rupture de l'urètre membraneux lors d'une fracture du bassin ou d'une disjonction de la symphyse. Ce n'est pas tant l'infiltration mécanique d'urine qu'il faut craindre, puisque l'intervention vient réparer et drainer les lésions, qu'une infection secondaire des tissus imbibés d'urine et de sang surtout provoquée par le sondage transformant l'épanchement urinaire en un phlegmon diffus.

A côté des traumatismes accidentels, il faut ranger l'action des corps étrangers de la vessie qui agissent non seulement en déterminant une cystite sévère, mais parfois aussi en perforant la vessie et en inoculant le tissu cellulaire péri-vésical.

C'est surtout le *Pr* Legueu qui a attiré l'attention sur les cellulites péri-vésicales ou pelviennes consécutives à une opération chirurgicale : elles peuvent apparaître après une cystostomie chez les vieux urinaires infectés, tantôt précocement, tantôt tardivement. Précoce, le foyer a pour point de départ un clapier urinaire rétro-pubien formé à la suite d'un décollement de l'espace pré-vésical ou bien le tube de drainage s'est déplacé et on l'a mis en place d'une façon défectueuse (Gayet). Tardive, la péricystite se développe soit autour de l'orifice de cystostomie, soit à distance dans le petit bassin par rupture de petits abcès vésicaux intra-pariétaux ou par lymphangite septique. Exceptionnellement, la cellulite complique une prostatectomie soit par

mécanisme de l'infiltration hypogastrique rétro-pubienne (1), soit par l'intermédiaire d'une ostéite du pubis quand l'incision a été trop prolongée vers le bas, soit encore par infection de la loge opératoire mal drainée.

La lithotritie par les lésions qu'elle détermine au niveau de la muqueuse vésicale pincée entre les mors de l'instrument ou par rupture de la vessie au moment d'un lavage ou d'une aspiration trop brusque est capable de produire une infiltration d'urine de la loge supérieure et, du temps de Guyon où les indications de lithotritie étaient autrement étendues qu'aujourd'hui, une telle éventualité ne devait pas être rare. Du reste, toutes les interventions sur la vessie : ponction, cystectomie, résection de diverticule, peuvent être suivies de péri-cystite phlegmoneuse. Marion signale un cas de phlegmon diffus péri-vésical dû à une escarrification profonde de la paroi après un étincelage pour polype.

*
* *

Le troisième groupe des péricystites : péricystites de cause non urinaire, est beaucoup moins caractéristique. Il s'agit des propagations à la vessie d'infections graves d'organes voisins ; appendicite à type gangréneux, abcès pelviens d'origine appendiculaire ou génitale chez la femme, ouverts ou non dans la vessie. Nous n'insis-

(1) Pasteau fait remarquer que ce mécanisme ne joue pas lorsque la prostatectomie est faite en deux temps, puisque la cystostomie étant ancienne, la vessie adhère intimement à la paroi abdominale.

terons pas sur ces péricystites qui ont peu d'individualité et sont masquées par les symptômes de l'infection initiale. Plus intéressantes seraient les péricystites phlegmoneuses, métastases purulentes au cours d'une infection générale ; English en aurait trouvé huit cas ; nous rapportons un cas de Chute et un cas d'Aversenq où la péricystite s'est déterminée à la suite d'un abcès de la prostate sans cause uro-génital ; mais dans tous ces cas, aucun examen anatomique n'a pu être fait et il est probable qu'un certain nombre d'entre eux doit entrer dans le cadre plus normal des péricystites de cause urinaire.

*
* *

En dehors des inflammations péri-vésicales d'origine génitale qui sort du cadre de ce travail nous n'avons relevé chez la femme aucun cas de péricystite phlegmoneuse.

Enfin, nous devons, en terminant ce chapitre, rappeler le rôle du terrain dans l'éclosion des phlegmons péri-vésicaux, il joue certainement un grand rôle, et il apparaît hors de doute que les formes diffuses et gangreneuses se développent plus volontiers chez ces individus âgés éliminant mal, tarés par un passé urinaire déjà long ; aucun auteur n'a signalé le diabète dans ses observations.

ÉTUDE CLINIQUE

Il s'en faut que d'après les observations rapportées dans cette thèse, le diagnostic de phlegmon péri-vésical ait toujours été fixé avec précision ; ce sont les constatations nécropsiques qui font le plus souvent la valeur des observations. Pourtant la maladie est assez riche de symptômes pour qu'on puisse moins la méconnaître, mais il faut se rappeler, si on est dirigé vers un tel diagnostic, que « ce que l'on voit n'est jamais qu'une représentation fort incomplète de ce qui existe réellement » (Lejars).

Ordinairement les choses se passent ainsi : des phénomènes généraux graves apparaissent chez un individu d'un certain âge en même temps que s'accroissent les troubles dysuriques dont il souffre depuis plus ou moins longtemps.

Le malade a le teint plombé, subictérique, la langue est sèche, la soif vive. On le trouve dans un état délirant ou de torpeur qui font penser, étant donné le passé pathologique de cet homme, à une crise d'urémie. Mais, la température est élevée — 39° — 40° — ; avec

frissons et sueurs, le pouls est petit, mou, rapide, tous symptômes qui traduisent la toxi-infection avancée de l'organisme touché par le processus gangreneux péri-vésical. Un état nauséux, quelques vomissements, du hoquet parfois, indiquent la réaction du péritoine; parfois il y a de la diarrhée.

Ce grand infecté est dans la règle en rétention complète, et rétention et fièvre ont fait une apparition simultanée. Plus rarement, la rétention est incomplète et le patient urine goutte à goutte. Nous apprenons par l'interrogatoire que cette rétention est précédée d'une suite plus ou moins longue de troubles urinaires : ordinairement ce sont ceux qui accompagnent un rétrécissement d'habitude blennorragique, ou encore consécutif à un traumatisme du bassin ou du périnée. D'autres fois, c'est une histoire de prostate, plus rarement de lithiase vésicale et de cystite ancienne : les symptômes locaux se sont aggravés peu à peu. Bien souvent le malade était en cours de traitement et c'est un cathétérisme maladroît, une fausse route, une urétrotomie interne qui semble avoir déclenché les accidents ; ou bien, comme il s'agit d'un rétentionniste, dont on démêle mal la qualité, on pense qu'un sondage est la cause de cette fièvre.

Le malade souffre ; épreintes périnéales et vésicales quand il fait effort pour pisser, tension pénible dans le bas-ventre ; ces douleurs semblent relever de la rétention, mais elles sont peut-être un peu différentes, plus profondes, s'accompagnant de ténésme rectal avec irradiations crurales.

Ce vieil urinaire est-il simplement un urémique ? un distendu infecté ? Est-il porteur d'un phlegmon profond ? L'examen physique va orienter le diagnostic. Deux cas peuvent se présenter ; ou bien il y a des lésions nettement apparentes, et il est facile alors de résoudre le problème, au contraire, on sera obligé de rechercher avec soin les signes pelviens de la suppuration.

Les symptômes évidents, on les trouvera soit au périnée, soit à la région hypogastrique.

Signes périnéaux

Les signes périnéaux siègent soit au niveau du périnée antérieur, soit au niveau du périnée postérieur.

Périnée antérieur

En même temps que la péricystite, il y a une périurétrite phlegmoneuse ; le malade est en effet un rétréci. L'écueil est alors de ne voir que cette péri-urétrite dont la gravité peut suffire à expliquer l'intensité des phénomènes généraux et de méconnaître la cellulite pelvienne.

Etant donné l'association fréquente des deux phénomènes, en présence d'une infiltration d'urine de la loge périnéale inférieure il faut toujours se rendre compte qu'il ne se passe rien du côté du petit bassin. Dans les observations n° 1 de Legueu, Verliac et Fruchaud-Brin, Solmon, Lepoutre, la collection péri-vésicale est restée inaperçue.

Périnée postérieur

Il y a des signes de phlegmon diffus au niveau du périnée postérieur : rougeur, œdème, tension douloureuse, crépitation gazeuse des fosses ischio-rectales ; il n'y a rien au périnée antérieur, le processus gangreneux vient incontestablement de la profondeur et le diagnostic de périecystite diffuse s'impose.

Signes hypogastriques

De même, dans certains cas avancés, on trouve dans la région hypogastrique, la présence d'un phlegmon diffus ayant envahi la paroi et les téguments : ventre distendu, peau livide, marbrée, infiltration gazeuse ; dans l'observation de Duplay on note même une véritable fluctation hydroaérique. C'est exceptionnel, et les malades meurent plus souvent avant cet état. Ordinairement, il s'agit d'une tuméfaction chaude de l'hypogastre, d'un empâtement mal limité de la région s'étendant vers les fosses iliaques. Au premier abord, on croit qu'il s'agit de la vessie distendue.

Cependant dans la très grande majorité des cas, les lésions ne sont pas aussi nettement extériorisées, et il va falloir analyser avec plus de soin les symptômes physiques que l'on est susceptible de trouver.

Le malade est en rétention complète, sa vessie forme au-dessus du pubis un globe douloureux, semblant correspondre aux dimensions requises par l'âge de la rétention ; on va sonder ce malade. On le sonde plus ou

moins facilement selon l'affection causale ; si c'est un rétréci, le rétrécissement est presque toujours assez serré, admettant à peine un petit explorateur ou même une filiforme.

Les urines retirées sont claires ou purulentes, ordinairement purulentes, mais fait capital, alors qu'on croyait avoir vidé la vessie, la tumeur hypogastrique persiste : même matité médiane, même réaction douloureuse du malade à la pression, surtout quand on appuie un peu latéralement ; parfois la sensation d'empâtement profond, que l'on soupçonnait tout-à-l'heure à côté de la vessie maintenant vide, semble plus nette.

On fait un toucher rectal : il y a une vive sensibilité de la région, mais elle peut manquer. Le toucher rectal peut être négatif et le doigt ne recueillir qu'une vague sensation d'œdème, mais ordinairement on a l'impression d'une induration diffuse correspondant au fond de la vessie. Cet abcès rétro-vésical peut reposer sur une prostate d'apparence normale, mais, dans d'autres cas, la prostate est volumineuse et cette masse plus ou moins mal limitée continue sur les côtés et à sa base avec la saillie vésicale. Dans quelques cas, seul le toucher rectal peut donner des renseignements : la péri-cystite est encore sus-rétro-vésicale et n'a pas gagné la face antérieure de la vessie, ou bien (obs. Verliac et Charrier), elle a préféré se développer en arrière dans l'espace pré-rectal.

Telle est la forme aiguë typique de la péri-cystite phlegmoneuse diffuse basée avant tout sur la présence

de symptômes graves de toxi-infection, de troubles urinaires anciens, mais d'aggravation récente, sur la présence d'une tuméfaction sus-pubienne ne diminuant pas par le cathétérisme, et plus rarement d'une collection périnéale.

Le pronostic d'une telle infection doit toujours être extrêmement réservé ; ordinairement le malade succombe au milieu des phénomènes de septicémie plus ou moins vite, selon l'état de résistance de son organisme. Le salut est dans l'application d'un traitement chirurgical précoce et largement conduit.

*
* *

A côté de ces formes qui évoluent brièvement avec un cortège de symptômes nets — qui sont anatomiquement les formes gangreneuses — il en est d'autres sur lesquelles insiste Aversenq, de type subaigu se développant à bas bruit et mettant parfois plusieurs semaines à s'extérioriser. C'est dans ces cas que l'on voit ces énormes collections purulentes qui finissent par apparaître loin de leur foyer d'origine, qui, envahissant la fosse lombaire, ont pu être d'abord prises pour un phlegmon périnéphrétique, emplissent la cavité de Retzius et la gaine des droits pour toucher la peau sous les fausses côtes, peuvent s'ouvrir dans la vessie ou l'intestin.

Il semble qu'une intervention faite à temps sauverait assez facilement ces malades ; mais malheureusement l'aspect clinique est peu évident et dans la plupart des

cas on est intervenu à la période des grands décollements purulents, difficiles à drainer, au moment où le sujet n'a plus grande résistance: et la mort survient encore fréquemment dans la cachexie ou l'urémie, quand ce n'est pas une complication qui vient emporter le malade : péritonite généralisée, hémorragie foudroyante par ulcération d'un gros vaisseau.

Ainsi, chez un individu qui présente des troubles urinaires et des phénomènes d'intoxication souvent assez lente, dont on s'explique mal la cause, il faut toujours craindre une infection des espaces pelviens et la rechercher avec soin.

Nous n'insisterons pas sur les symptômes qui révèlent l'apparition d'une complication suppurée péri-cystique survenant après une intervention qui a porté sur la vessie ou sur la prostate. Toute élévation anormale de température devra y faire penser, inciter à rechercher la présence des clapiers purulents et à placer rapidement un drainage convenable.

*
* *

Diagnostiquer une péricystite phlegmoneuse, c'est rechercher quelles peuvent être les causes d'une infection grave chez un urinaire d'ancienne date.

Ordinairement, l'urémie était rapidement éliminée, à cause de l'intensité de la fièvre, on fait d'abord le diagnostic habituel de pyélonéphrite qui, selon l'expression de Legueu, fait partie presque intégrante du domaine du

prostatique — et aussi du rétréci en rétention. Si le phlegmon diffus n'est pas encore évolué vers l'extérieur l'esprit est suffisamment satisfait de cette hypothèse. Il ne faut cependant pas s'y arrêter, quand il s'agit d'une infection aussi sévère, mais penser à la suppuration profonde ; faire un toucher rectal, apprécier en face d'un globe sus-pubien ce qui revient à la vessie distendue ou à l'inflammation péri-vésicale.

Si après sondage la tuméfaction n'a pas complètement disparu, c'est une péri-cystite ou un phlegmon de la cavité de Retzius : même douleur hypogastrique dans les deux cas, mais elle est plus violente dans l'abcès de Retzius, le pus étant étroitement bridé. (Jean Louis Petit : « le malade, meurt de douleur » — même atteinte importante de l'état général mais plus marquée dans la péri-cystite — même tuméfaction hypogastrique, nous venons de le voir, mais plus limitée, de forme pyramidale dans l'abcès pré-vésical. Dans celui-ci la réaction péritonéale est plus fréquente, les symptômes vésicaux sont inconsistants. le toucher rectal, s'il parvient à déceler les prolongements latéraux de ce phlegmon, montre que la face postérieure de la vessie et la prostate sont libres. La distinction est difficile entre les deux affections : l'extra-cystite antérieure (Aversenq) peut se présenter comme une cellulite diffuse et nous savons qu'elle peut être le prolongement d'un phlegmon péri-vésical. La conclusion clinique est que, en présence d'une péri-cystite qui se manifeste ou d'une extra-cystite qui apparaît, il faut toujours se méfier de la complication de l'autre ; du reste, la discussion n'a guère qu'un intérêt théo-

rique, puisque, de toute façon, il faudra évacuer la collection par une incision sus-pubienne.

Nous avons vu que si le malade présente une infiltration d'urine de la loge périnéale inférieure, on ne doit pas se borner à constater qu'elle est capable de produire à elle seule, une altération alarmante de l'état général. On envisagera toujours la possibilité d'une extension de l'infection à la loge périnéale supérieure.

Par la localisation des symptômes physiques, la moindre atteinte de l'organisme, l'absence de tuméfaction sus-pubienne après cathétérisme, un abcès de la prostate, une péri-prostatite, ne ressemblent pas à la péri-cystite. Mais un abcès de la prostate, peut s'accompagner d'une suppuration diffuse des fosses ischio-rectales, comme on en voit dans les péri-cystite gangreneuses. Il lui arrive aussi, bien que son évolution soit avant tout descendante, d'être la première phase d'un phlegmon péri-vésical ; donc, comme pour la périurétrite, on cherchera pour la prostatite si le pus n'a pas gagné le petit bassin.

Si le malade a un passé urinaire on songe à la péri-cystite phlegmoneuse en présence de troubles de la miction et de fièvre. On y songe tout de suite, quand on est intervenu récemment sur l'urètre ou sur la vessie, mais la péri-cystite phlegmonense au décours d'une maladie infectieuse ou sans cause apparente est un diagnostic d'exclusion. On pense en présence d'une tuméfaction sus-pubienne à un phlegmon de la gaine des droits, à un phlegmon rétro-musculaire sus-pubien mais

ils ne s'accompagnent pas de dysurie, surtout à un abcès de la cavité de Retzius de cause intestinale — en présence d'un phlegmon diffus du périnée postérieur à une détermination d'origine rectale. Et quand un malade ou une malade qui n'ont pas d'antécédents urinaires font quelque chose du côté de la vessie avec des urines claires, on porte le diagnostic de péritonite enkystée appendiculaire, sigmoïdienne ou salpingienne.

TRAITEMENT

1° Préventif.

Etant donné la gravité qu'acquiert rapidement la péricystite phlegmoneuse, il faudra d'abord s'attacher à éviter, au cours du traitement de certaines maladies des organes génito-urinaires, les traumatismes susceptibles de porter l'infection dans le tissu cellulaire péri-vésical. Nous avons vu que les cathétérismes sanguants, les fausses-routes au niveau de l'urètre membraneux ou prostatique sont souvent la cause déterminante des péricystites ; il est élémentaire de ne pas trop insister sur les sondages difficiles. Chez le prostatique, on fera une cystostomie, une urétrotomie interne chez le rétréci, mais, si ce dernier présente des urines fortement purulentes et déjà des symptômes d'infection péri-urétrale, on préférera la cystostomie à l'urétrotomie interne qui ouvre une porte sanguine ou lymphatique à l'infection. Bien entendu, sauf exception on s'abstiendra de toute ponction de la vessie dans la rétention d'urine aiguë.

De même, dans les traumatismes vésico-urétraux, comme l'infection vient presque toujours de manœuvres intra-urétrales, on évitera celles-ci. Devant une rupture

de l'urètre postérieur par fracture du bassin, ou devant une déchirure de la vessie par contusion ou plaie abdominale, sans vouloir tenir compte ici du traitement proprement dit de ces lésions, on s'abstiendra autant que possible de sondages dont l'asepsie si on les pratique, devra être plus rigoureuse que jamais ; et on dérivera les urines par cystostomie rejetant au loin toute idée de sonde à demeure.

Pour éviter les cellules pelviennes post-opératoires à la suite de taille sus-pubienne, Legueu conseille de ne pas décoller la vessie derrière le pubis, et, en refoulant le cul-de-sac péritonéal pré-vésical pour découvrir cet organe, également de ne pas pousser ce décollement trop loin de la ligne médiane. L'incision vésicale ne sera pas faite trop bas pour éviter à l'urine de stagner derrière la symphyse, et enfin, troisième précaution, pour éviter la formation du clapier rétro-vésical d'où part l'infection, de suturer au moins en bas, la vessie à la peau ou à la gaine des droits. Au moment de la prostatectomie si l'ouverture vésicale n'est pas assez grande pour permettre les manœuvres intra-vésicales, il vaut mieux élargir transversalement l'incision que verticalement vers le bas.

Il est nécessaire de drainer dans les interventions portant sur la vessie, d'être prudent dans les opérations endo-vésicales.

On ne temporisera pas pour inciser un abcès de la prostate ; leur évolution vers le pelvis est loin d'être la règle, mais c'est une cause fréquente de péri cystite.

Thérapeutique,

1^o *Chirurgicale* : La périecystite diagnostiquée, incision et drainage s'imposent.

Par où aborder la collection ? S'il y a une tuméfaction hypogastrique c'est vers elle qu'on ira d'abord, après incision sus-pubienne, il ne faut pas si on trouve du pus ou une infiltration séro-purulente derrière la gaine des droits se tenir pour satisfait et borner là l'intervention ; au cours des périecystites l'espace de Retzius présente toujours une certaine infiltration et il peut s'agir d'un abcès en bouton de chemise. On divisera le plan de l'aponévrose ombilico-pré-vésicale et on explorera avec soin le contour de la vessie pour effondrer les lames du tissu conjonctif qui emprisonnent le pus et se rendre compte de l'étendue des lésions.

Mais, l'incision hypogastrique ne permet pas de drainer au point déclive, et pour ce faire même sans localisation périnéale inférieure, on pratiquera une contre-incision au niveau du périnée selon le procédé indiqué par Ruotte et Rochet qui utilisent la voie ischio-bulbaire : une incision de cinq à six centimètres est tracée en dedans de chacune des branches ischio-pubiennes et va à la rencontre d'une pince grande et courbe introduite derrière le pubis et passant sur chaque côté de la vessie à travers le releveur. La pince ramène un gros drain dont les extrémités sortent au périnée et à l'hypogastre ; on veillera à ne pas faire l'incision trop près de la branche ischio-pubienne pour ne pas blesser la racine des corps caverneux. Ces ma-

nœuvres doivent suffire pour ramener la sédation des symptômes si l'infection n'est pas trop sévère.

Mais, si l'infiltration a envahi le périnée postérieur, il faudra ajouter une périnéotomie transversale, pré-rectale avec décollement inter-prostato-rectal. Celle-ci suffira à elle seule si la péri-cystite est encore localisée à la partie rétro-vésicale du petit bassin. Si par contre, le pus a gagné les espaces péri-rectaux, on pourra utiliser la résection du coccyx qui permet le drainage de ces espaces au point déclive et qu'on a préconisée pendant la guerre pour le traitement des cellulites pelviennes. Enfin, quand le pus dans les formes suppurées extensives s'est propagé au loin, on l'évacuera là où il tend à paraître par la fosse lombaire par exemple si l'abcès a remonté le long du psoas.

Faut-il ouvrir la vessie ? Les Américains conseillent de le faire. Marion par contre considère que cette ouverture vésicale est grave et inutile, si on veut mettre la vessie au repos, sauf le cas de péri-urétrite concomittente, une sonde à demeure doit suffire.

Quand une cystostomie faite en vue d'une prostatectomie se complique d'infiltration rétro-pubienne d'urine, on drainera aussi, non seulement le foyer hypogastrique mais aussi le périnée. Si la cellulite survient après une prostatectomie, on ouvrira la cavité prostatique après décollement pré-rectal, le drain allant de la vessie au périnée à travers cette cavité. Après une cystectomie, en dehors des incisions habituelles hypogastriques et périnéales, on mettra un drain dans la vessie.

2° *Médical.* — Au traitement chirurgical largement

conduit, on ajoutera l'action du sérum anti-gangreneux qui a paru efficace dans les cas soignés par le P^r Le-gueu, sérum polyvalent à la fois injecté sous la peau à doses importantes et poussé à travers les drains dans les cavités septiques. De toute façon, on mettra en œuvre les moyens médicaux propres à soutenir la résistance de ces malades profondément atteints par une infection de haute gravité, dont le pronostic est particulièrement sévère.

CONCLUSIONS

1° Il n'y a entre l'infiltration d'urine de la loge périnéale supérieure — phlegmon diffus gangreneux — et les péricystites suppurées à tendance extensive qu'une différence de gravité. Cette absence de démarcation entre elles rend légitime l'étude simultanée de ces deux formes de péricystite.

2° En regard de la rareté des péricystites phlegmo-neuses, on doit opposer la fréquence des péricystites à point de départ urétral ou plus rarement prostatique.

3° Le rôle du traumatisme est capital dans la genèse des péricystites. Il est à l'origine non seulement des péricystites de cause accidentelle ou opératoire, mais encore il semble que le rétrécissement de l'urètre, rencontré à la base de la plupart des cas, agit moins par l'infection qu'il détermine que parce qu'il nécessite pour être traité des manœuvres souvent traumatisantes : cathétérismes difficiles se compliquant de fausses routes, urétrotomie interne.

4° Au point de vue clinique, les infiltrations d'urine de la loge périnéale supérieure ne sont pas aussi obscures qu'on le voulait autrefois et présentent un cortège de symptômes qui permet de les diagnostiquer.

5° Au point de vue thérapeutique, il faut toujours associer le drainage par le périnée au drainage hypogastrique. Le sérum antigangreneux donne de bons résultats.

Vu, le Doyen,

H. ROGER.

Vu, le Président de la thèse

LEGUEU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE (1)

AVERSENQ. — Rapport présenté à la XVII^e session de l'Association française d'Urologie, 1913.

Journal d'Urologie, 1921, p. 413, 416.

Journal de Médecine et de Chirurgie, 1926.

Journal d'Urologie, t. XXIV, n^o 6, décembre 1927, p. 582.

BAZY. — Du drainage abdomino-périnéal dans le phlegmon sus-prostatique de cellulite pelvienne (*Bulletins et méthodes de la Société de Chirurgie*, 1920, n^o 63).

De BERNE-LAGARDE. — Sérothérapie anti-gangreneuse dans l'infiltration d'urine (*Journal d'Urologie*, t. XVI, n^o 5, novembre 1923).

Congrès français d'Urologie, 1913.

ARTHUR L. CHUTE. — Quelques cas de péricystite suppurée (*The Journal of Urology*, mai 1923). Dependent drainage of the provincial région, (*Journal of Urology*, 1924, XI, n^o 4, p. 365).

CRESCENZI. — Péricistite phlemmonose primitive (*Annal ital. di chirur.*, mai 1924).

HARRY CULVER and WILLIAM J. BAKER. — Périvesical supuration (*Journal of Urology*, juin 1928).

(1) On trouvera une bibliographie très complète à la suite du rapport d'Aversenq au Congrès d'Urologie de 1913 et à la suite de l'article de Culver et Baker paru dans le *Journal of Urology*, de juin 1928. Nous nous bornons à citer ici les auteurs qui nous ont servi de guide constant et ceux qui n'ont nommé ni Aversenq, ni Culver et Baker.

PAUL DELBET. — *Encyclopédie française d'urologie*, t. IV, chap. XIV.

DUVERGEY. — Un cas de péricystite suppurée consécutive, la prostatectomie (*Journal d'Urologie*, t. XVIII, n° 5. nov. 1924, p. 400).

GAGSTATTER. — Ueber einen Fall von Paracystitis, *Zeitschrift für Urol. Chirurgie* t. XIII, 11 août 1924.

LEGUEU et ROCHET. — Les cellulites périvésicales et pelviennes après certaines cystostomies ou prostatectomies sus-pubiennes (*Journal d'Urologie*).

F. LEGUEU. — Le phlegmon diffus périvésical d'origine prostatique (*Journal d'Urologie*, n° 1, 15 janvier 1913, p. 1)

F. LEGUEU. — Les péricystites phlegmoneuses diffuses, (*Journal d'Urologie*, t. XXV, n° 2, février 1928, p. 97).

LEPOUTRE. — *Société d'Urologie*, avril 1921.

J. H. MORRISSEY. — *The Journal of the amer. med. Association*, vol. XC, n° 6, 1928, p. 448.

A. MORLET et RAGAT. — Absès rétro-musculaire sus-pubien (*Presse Médicale*, 11 avril 1923, p. 337).

PASQUEREAU. — Association française d'Urologie, XXI^e session 1921.

TADEL. — Di un caso di pericistite et periprostatite ematogena (*Riforma Medi.*, 1921, p. 549).

VERLIAC et CHARRIER. — *Bulletin Société d'Urologie*, février 1921.

VERLIAC et FRUCHAUD. — *Bulletin Société d'Urologie*, juillet 1920.

YOUNGS. — *Pratic of Urology*, 1926.

1929. St-Amand (Cher). — Imp. A. CLERC.
